Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 30 — 11 Avril 1896 — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laënnec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur des hôpitaux.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L. OLIVIER
Docteur ès sciences.

DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

M. LERMOYEZ
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

PATHOGÉNIE DE LA TUBERCULOSE DES VOIES BILIAIRES, par ÉMILE SERGENT. 177

ANALYSES

Anatomie et Physiologie : Une méthode de section anatomique de l'os temporal, par M. CHIUCINI. 180

Médecine : La régénération du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie, par M. JABOULAY 180

Obstétrique et Gynécologie : Diabète et grossesse, par M. PARTRIDGE. 180

Dermatologie et Syphiligraphie : Polydipsie et syphilis, par M. A. STAUB. 180

Maladies des organes génito-urinaires : Un cas de cystotomie sus-pubienne chez un garçon de cinq ans, par M. AYMONE 180

Opothérapie, Opothérapie : Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde, après l'échec de la médication iodurée, par MM. SABRAZÈS et GAHANNES. 180

Les médecins sanitaires et le décret du 21 Janvier 1896, par M. P. LANGLOIS CXLIV

Pyélo-néphrites suppurées, par M. BAZY. CXLV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux : Hémophylie avec stigmates télangiectasiques, M. A. CHAUFFARD. — Cancer primitif du foie avec fièvre, M. ACHARD. — Dissociation syringomyélique en forme de zona, M. ACHARD . CXLVI

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Deuxième note sur un érythème bulleux suraigu des mains, MM. HALLOPEAU et ANDRÉ JOUSSET. — Sur un cas de folliculites tuberculeuses. M. HALLOPEAU. — Note sur un pemphygus foliacé, M. HALLOPEAU. MM. BESNIER, HALLOPEAU. — Note sur une ulcération tuberculeuse du doigt, M. DU CASTEL. — Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation, M. GASTOU. MM. AUGAGNEUR, HALLOPEAU, DU CASTEL. HALLOPEAU, GASTOU, FEULARD, BESNIER, GASTOU. — Lichen scrofulosorum. M. DU CASTEL. — Syphilis acquise dans la première enfance, infantilisme consécutif, MM. EUDLITZ et BARASEL. MM. BESNIER, AUGAGNEUR, EUDLITZ, AUGAGNEUR, BARTHÉLEMY, AUGAGNEUR, BARTHÉLEMY, GASTOU, EUDLITZ, BESNIER. — Nodosité pré-mycosique (chancre pré-mycosique), M. HALLOPEAU. MM. DARIER, HALLOPEAU, BESNIER. — Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre, M. EDVARD EHLERS. — Eruption bulleuse d'origine indéterminée, M. DU CASTEL. MM. HALLOPEAU, GASTOU. — Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut-être néoplasie initiale, M. HALLOPEAU. — Sur un mycosis fongoïde avec poussées bulleuses, MM. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Communications sur la dysphagie de la période secondaire de la syphilis, M. AUGAGNEUR. MM. RENAUT, JULLIEN, LEREDDE, BARTHELEMY, AUGAGNEUR, FERRAS. — Dysphagies et dysphonies secondaires, M. AUGAGNEUR. MM. BARTHÉLEMY, AUGAGNEUR, RENAUT, BALZER, BARTHÉLEMY, BALZER, AUGAGNEUR, HALLOPEAU, JULLIEN, HALLOPEAU, MAURIAC. — Sur la durée anormalement longue de la contagion dans les cas bénins de la syphilis, M. BARTHÉLEMY. MM. FEULARD, BARTHÉLEMY, FEULARD, FERRAS, AUGAGNEUR, BARTHÉLEMY, LEREDDE, FEULARD, MAURIAC, FEULARD, LEREDDE. — Trois cents cas de gale traités par le baume du Pérou, MM. JULLIEN et DESCOULEURS. MM. FEULARD, JULLIEN, MOREL-LAVALLÉE, M. JULLIEN, FEULARD. — Leucémie avec prurigo chronique, MM. HALLOPEAU et PRIEUR. M. DARIER. — Syphilis datant depuis plus de dix ans; glossite desquamative en aires, revêtant l'aspect typique des plaques muqueuses, M. MOREL-LAVALLÉE. — Syphilis tertiaire. Syphilides tuberculo-squameuses. Pseudo-rhumatismes infectieux. Cachexie aiguë. Mort rapide. Autopsie. Endocardite mitrale végétante ancienne. Sclérose hépatique embryonnaire sans néo canalicules. Pseudo-syphilomes rénal et splénique. Apoplexie en foyer simulant des infarctus sans présence d'embolies, MM. A. FOURNIER et P. GASTOU. M. MAURIAC CXLVII

Sociétés étrangères : Russie. CL

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CL

NOUVELLES

Concours de l'Internat en médecine. — MM. les Élèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le Concours de l'Internat en médecine qui doit s'ouvrir au mois d'Octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les Concours précédents.

Tous les Externes, comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux, pourront y prendre part, les conditions d'admission au Concours de l'Internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897.

A partir du Concours de 1897, les Externes, qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 Juin 1878, pourront se présenter à l'Internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine; toutefois, les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

A raison des dispositions qui précèdent, les Candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au Concours, un certificat de scolarité délivré par l'École de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les Élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 Juillet 1893.

VARIÉTÉS

L'alcoolisme et l'hérédité. — Le professeur Pellmann, de l'université de Bonn, s'est livré à de curieuses recherches sur les ravages de l'alcoolisme héréditaire, dans une famille dont il a reconstitué l'effrayante histoire. Une femme, nommée Ada Jurke, née en 1740, mourut au commencement de ce siècle, alcoolique, après avoir vécu en voleuse et vagabonde; sa postérité compte 834 individus. On a pu reconstituer l'existence de 709 d'entre eux et voici les résultats qu'a obtenus le professeur Pellmann : 106 étaient nés en dehors du mariage, 142 mendiants, 64 pensionnaires des dépôts de mendicité; 181 femmes devinrent filles publiques, et 75 individus de cette intéressante famille furent condamnés pour crimes, 7 d'entre eux pour meurtres. En 75 ans, cette famille d'alcooliques a coûté à l'Etat, en secours d'indigents, entretiens dans les prisons et en dommages causés, une somme évaluée à plus de 5 millions de marks ! (*l'Alcool.*)

Un fait de générosité rare. — Miss Helen Calver vient de faire don à l'Université de Chicago, de la somme de 5 millions de francs, destinés à l'entretien des laboratoires scientifiques. Il serait à souhaiter que l'exemple de cette bienfaitrice de la science soit plus souvent suivi.

LES MÉDECINS SANITAIRES

ET LE DÉCRET DU 21 JANVIER 1896

Les médecins embarqués à bord des paquebots appartenant à nos grandes Compagnies maritimes forment un groupe important de confrères dont la situation laisse aujourd'hui fort à désirer, tant au point de vue matériel qu'au point de vue de la situation morale qui leur est faite.

Avant le décret de 1881, les médecins embarqués étaient sur le même pied que les officiers du bord, avaient rang d'officiers, étaient inscrits sur les rôles de l'équipage et, comme tels, avaient droit, moyennant la retenue de 3 pour 100 sur leurs appointements, à une retraite déterminée, payée par la caisse des invalides de la marine. Mais, à cette date, tous ces droits, sauf pour les médecins sortants de la marine de l'État, leur furent retirés. Ils devinrent, en réalité, de simples passagers auxquels on laissait en vérité quelques avantages extérieurs, comme les deux galons d'or sur parement de velours à la casquette; mais leur autorité était absolument nulle, les Compagnies mettant à pied immédiatement le médecin trop zélé, qui se permettait quelques observations sévères sur l'aménagement de l'entrepont destiné aux émigrants, sur la mauvaise qualité de la nourriture distribuée aux passagers de troisième classe ou à l'équipage, ou encore sur les économies de plus en plus fortes réalisées sur le nombre d'hommes employés à la machine.

Quant à la retraite, il n'en était plus question, et ni la tontine créée par la Compagnie des Messageries maritimes, ni l'indemnité de 1.200 francs que cette Compagnie accorde au médecin qu'elle remercie à soixante-dix ans, limite d'âge, ne peuvent être comparées aux avantages que donnait le versement à la caisse des invalides.

Dans un livre écrit, il y a quelques années par un ancien médecin de la Compagnie des Messageries, le docteur Hacks : *La mer. A bord du Courrier de Chine*, la situation du médecin à bord est représentée comme digne d'envie; au moins pour les paresseux, car ce médecin, qui n'aurait toute la journée « qu'à culotter des pipes et boire de l'absinthe », ferait au bout de l'année 3.000 francs d'économie. Quelles doivent donc être les économies réalisées par les officiers du bord, si le confrère peut mettre ainsi de côté! Les chiffres suivants suffiront pour faire le calcul :

Capitaine.	Second.	Chef mécanicien.	Commissaire.	Médecin.
16.000	5.600	7.000	6.400	4.800

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT
HAMAMELIDINE LOGEAIS
Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

auxquels il faut ajouter les remises commerciales et de charbon :

Capitaine.	Second.	Chef mécanicien.	Commissaire.	Médecin.
2.000 env.	1.000	1.000	1.000	néant.

Ces chiffres sont évidemment assez variables et nous avons indiqué, pour le médecin, le traitement maximum qu'il touche sur les grandes lignes, car, en Méditerranée par exemple, son traitement tombe le plus souvent à 300 francs par mois.

Mais nous n'hésitons pas à le dire, à côté de cette question d'argent, bien importante cependant, pour ceux qui ont femme et enfants, et ils sont nombreux, il en est une plus essentielle encore : c'est l'indépendance de l'agent sanitaire vis-à-vis de la Compagnie.

Nous n'insisterons pas sur le rôle qu'il devrait être appelé à jouer dans la surveillance de l'alimentation des émigrants et de l'équipage. Il existe bien, conformément à une ordonnance de 1819, dans les ports, une commission composée d'armateurs et de capitaines au long cours chargée de contrôler la quantité et la qualité des vivres emportés. Nous avons pu constater *de visu* comment se faisait ce contrôle. Les membres de la commission se réunissent au carré ; sur la table, on dispose dans une série d'assiettes, quelques douzaines de fayots, de lentilles, de la morue, puis quelques échantillons du vin et du tafia destinés à l'équipage et... les membres de la commission se contentent de vider des coupes de champagne, denrée nullement utilisée au cours du voyage, au moins par les matelots et les émigrants.

Nous parlions plus haut des économies réalisées sur le nombre d'hommes des équipages. Les décrets et ordonnances déterminent le minimum d'hommes à embarquer suivant le tonnage, la voilure et la force de la machine. Ce minimum est, bien entendu, réduit au strict nécessaire, mais certains armateurs, nous ne parlons pas ici des grands services postaux, qui recherchent avant tout la vitesse, trouvent le moyen de tourner la loi.

Ils embarquent le nombre d'hommes exigé, mais sans se préoccuper de leur état de santé et, à chaque port de relâche, ils débarquent et confient aux soins du consul les hommes dont la constitution trop faible n'a pu résister aux fatigues du service, de sorte que très rapidement l'équipage se réduit à un chiffre trop bas et le service du quart et surtout de la chaufferie devient des plus pénibles.

La nécessité de l'indépendance du médecin vis-à-vis de la Compagnie serait il nous semble, suffisamment démontrée par ces exemples, mais il est un motif plus puissant encore. C'est son rôle essentiel dans la prophylaxie internationale. Les conférences successives de Rome, de Venise, de Dresde, de Paris, ont complètement modifié le système de défense contre les maladies exotiques : choléra, peste, fièvre jaune, etc. A la méthode absurde des quarantaines vexatoires, on a, sous la pression énergique de l'Angleterre, substitué la surveillance sanitaire combinée avec la désinfection rapide, mais méthodique.

Or, le rôle du médecin commissionné devient des plus importants ; les navires qui possèdent cet officier à bord sont dispensés d'une série de mesures, et peuvent éviter des pertes de temps fort onéreuses ; d'autre part, c'est principalement sur le contrôle et les renseignements du médecin embarqué que le Comité international de défense s'appuie pour prendre toutes les mesures nécessaires.

Conformément aux conclusions de la conférence de Paris, le ministère de l'Intérieur vient de réglementer, par le décret du 21 janvier dernier, l'organisation de ces *médecins sanitaires maritimes*, qui désormais seront les seuls embarqués à bord des bâtiments du commerce, puisque, d'après l'art. 15, tout bâtiment à vapeur affecté au service postal ou au transport d au moins cent voyageurs faisant un trajet dépassant quarante-huit heures, est tenu d'avoir à bord un médecin sanitaire.

Les médecins sanitaires doivent être Français et posséder, outre le diplôme de docteur, un certificat d'aptitude spécial.

Ce certificat est donné après un examen portant sur l'épidémiologie, la prophylaxie et la réglementation sanitaire et leurs applications pratiques.

Nous ignorons si le jury a déjà fonctionné, dans tous les cas, ce certificat est obligatoire, au moins pour les médecins n'étant pas commissionnés à partir du 21 avril courant, c'est-à-dire dans un mois.

Les articles 19, 20, 21 et 22, spécifient nettement les devoirs du médecin sanitaire.

Art. 19. — Le médecin sanitaire maritime a pour devoir d'user de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à sa disposition :

a) Pour préserver le navire des maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune, peste) et des autres maladies contagieuses graves ;

b) Pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire apparition à bord, de se propager parmi le personnel confié à ses soins, et dans les populations des divers ports touchés par les navires.

Art. 20. — Le médecin sanitaire maritime s'oppose à l'introduction, sur le navire, des personnes ou des objets susceptibles de provoquer à bord une maladie contagieuse,

Art. 21. — Le médecin sanitaire maritime fait observer à bord les règles de l'hygiène. Il veille à la santé du personnel, passagers et équipage, et leur donne ses soins en cas de maladie.

Art. 22. — Le médecin sanitaire maritime se concerte avec le capitaine pour l'application des dispositions contenues dans les trois articles qui précèdent.

— En cas d'invasion à bord d'une maladie pestilentielle ou suspecte, il prévient immédiatement le capitaine et assure, d'accord avec lui, les mesures de préservation nécessaires.

Nous trouvons encore dans le décret, les obligations du médecin vis-à-vis des autorités sanitaires des ports, vis-à-vis de l'Administration centrale, à laquelle il est tenu de fournir un rapport ; on lui promet même des récompenses honorifiques, le ruban violet sans doute.

Enfin, en cas d'infraction aux règlements sanitaires ou de non-exécution des devoirs résultant de ses fonctions, une décision ministérielle, prise sur l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène, l'intéressé entendu, peut rayer un médecin sanitaire, à titre temporaire ou définitif, du tableau.

On voit que tout a été prévu dans ce décret, en ce qui concerne les droits de l'Etat sur le médecin, les devoirs de ce dernier ; quant à ces droits à lui, il n'en est fait nulle mention. Son certificat d'aptitude lui donne simplement le droit d'être inscrit sur un tableau où les armateurs sont forcés de s'adresser. Mais il reste le simple employé de l'armateur, pouvant être remercié par celui-ci, si le rapport adressé au ministre de l'Intérieur lui a déplu. En réalité, ce décret n'a qu'un avantage, restreindre le nombre des médecins *embarquables*, et, par suite, il faut l'espérer, leur permettre de lutter contre le mauvais vouloir des Compagnies. Mais la solution qui s'impose, la seule pratique, c'est le médecin sanitaire indépendant de la Compagnie, en dehors des affaires de service, agent de l'Etat, au même titre que l'agent des postes.

P. Langlois,
Chef du Laboratoire de physiologie à la Faculté de Médecine.

PYÉLO-NÉPHRITES SUPPURÉES[1]

PATHOGÉNIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

par M. Bazy,
Chirurgien des Hôpitaux.

M. Routier, à propos de deux cas de pyélo-néphrite, a soulevé quelques questions relatives à la pathogénie, au diagnostic et au traitement de cette affection qui m'engagent à vous faire part de quelques considérations sur le même objet.

La pathogénie de cette affection n'est pas toujours facile à établir : cependant, si on veut s'aider des données de la clinique, de l'expérimentation sur les animaux, on peut, je crois, arriver à avoir des notions assez nettes sur la question.

Les pyélo-néphrites chirurgicales sont primitives ou secondaires. Elles sont dites secondaires quand elles se montrent dans le cours d'une affection vésicale ou urétrale.

Quand elles sont secondaires — ce mot de secondaire pris dans le sens que je viens d'indiquer — quelle en est la pathogénie ? Jusqu'ici, on a admis qu'elles étaient, la plupart du temps, ascendantes, c'est-à-dire que l'infection partie de la vessie, se propageait de la vessie à l'uretère, les micro-organismes franchissant le sphincter urétéral comme une inflammation de l'urètre pré-membraneux franchit le sphincter urétral, pour atteindre l'urètre rétro-membraneux ou prostatique, et, finalement la vessie.

Mais l'analogie n'est pas complète entre les deux organes. L'abouchement de l'uretère dans la vessie diffère complètement de l'abouchement de l'urèthre rétro-membraneux dans l'urèthre pré-membraneux et de plus, l'uretère est à tout instant, si on peut dire, parcouru par un courant de liquide capable de balayer les microorganismes de haut en bas et de les empêcher de remonter dans l'uretère.

Cette pathogénie, quelque difficilement acceptable qu'elle soit, a pour elle des expériences assez récentes de Lewin et Goldsmith, qui ont réussi, chez le lapin, à faire pénétrer un liquide coloré de la vessie dans l'uretère et jusque dans le bassinet, en l injectant au moyen d'une sonde dans la vessie.

Ces expériences ont ceci de particulier que ce n'est pas quand la vessie est distendue outre mesure que cette pénétration se fait, mais quand, au contraire, la vessie réagit aux injections, qu'elle prend une forme particulière, la forme en saucisse, comme ils disent, cylindrique, dirions-nous, et quand la vessie contient de 15 à 20 grammes seulement de liquide. Il faut, en outre, pousser brusquement l'injection au moment de la contraction de l'uretère.

J'ai répété ces expériences dans mon laboratoire et ai pu les vérifier, sauf cependant l'ascension de liquides colorés jusque dans le bassinet. Mais peu importe la hauteur, le point important est la pénétration.

Lewin et Goldsmith tirent de leurs expériences les conclusions que vous devinez. Mais, ces conclusions, sont-elles applicables à l'homme ? C'est possible, quoique la structure de la vessie de l'homme diffère complètement de celle du lapin, et que nos uretères paraissent mieux défendues contre les invasions venant de la vessie. Mais, à supposer que la vessie de l'homme fut, à ce point de vue, comparable à celle du lapin, il faudrait que la vessie fut malade, il faudrait, en outre, que l'on fit une injection dans la vessie ainsi malade, car il n'est pas démontré du tout que les contractions de la vessie soient suffisantes, quelque énergiques qu'elles puissent être, à faire remonter un liquide injecté dans l'uretère.

Il faut donc admettre une autre pathogénie, celle des infections par la voie sanguine, celle des pyélo-néphrites descendantes, dont l'existence a été mise en lumière par M. Bouchard, et que tous les faits observés jusqu'ici conduisent à admettre comme étant à peu près la seule admissible et dont la compréhension soit facile. Des microorganismes pathogènes venus de n'importe où, vessie, intestin, os, utérus, vagin, urètre, poumon, etc , arrivent dans le rein, apportés par le torrent circulatoire. Là, ils peuvent s'arrêter, déterminant une néphrite plus ou moins sérieuse, partielle ou diffuse, suppurée ou non, ou bien, au contraire, emportés par l'urine, ils peuvent traverser le rein, entrer dans le bassinet, l'uretère, la vessie, et être rejetés au dehors sans avoir produit de lésion locale, soit que l'expulsion ait suivi de trop près l'entrée, soit que le milieu ait été défavorable à la culture et à la pullulation.

Mais, supposons que ce milieu, étant d'ailleurs favorable, ces microbes subissent un temps d'arrêt, soit par une coudure de l'uretère, soit par le fait d'une compression de ce conduit ; ils se trouvent en vase clos : ils stagnent, ils s'implantent, ils s'installent : le bassinet, l'uretère sont infectés, et, comme les microbes sont dans une cavité close, ils ont rapidement diffusé dans cette cavité : l'infection est constituée.

Dans le cas du premier malade de M. Routier, le refroidissement de la région lombaire a pu déterminer une action réflexe sur le rein, qui est devenu un terrain de culture favorable au développement des microbes passant accidentellement par cet organe.

Dans le cas de cette femme, où la lésion paraît s'être montrée pendant la grossesse, et tout de suite après l'accouchement, la pathogénie est encore plus simple, l'utérus gravide pouvant facilement comprimer l'uretère et y ralentir notablement la circulation urinaire et, par suite, favoriser las tagnation des microbes qui passent si souvent et si facilement par les voies urinaires.

Cette pathogénie, qui a été développée il y a quelques années par M. Reblaud, me satisfait complètement.

D'autres fois, ce sont des calculs du rein qui favorisent le développement de la pyélo-néphrite.

Je dois dire, quoique la chose me paraisse évidente chez l'homme, que je n'ai jamais pu, dans les expériences déjà anciennes et que j'ai faites avec la précieuse collaboration de M. Cazin, déterminer des accidents infectieux pyéliques à des animaux, dans le bassinet desquels j'avais préalablement introduit des fragments de charbon stérilisé.

Dans d'autres circonstances, cette cause prédisposante peut être réalisée par un autre processus. C'est ainsi que l'application répétée de vésicatoires a pu être considérée comme la cause d'une pyélo-néphrite, dans le cours d'une broncho-pneumonie, comme j'ai pu en observer un cas, chez un enfant qu'on m'avait amené du département de l'Yonne.

1. Communication à la Société de chirurgie, le 25 mars 1896.

En d'autres termes, la pathogénie des pyélo-néphrites me paraît, dans beaucoup de cas, facile à établir, surtout si l'on veut, avec moi, admettre que la plupart, sinon toutes les pyélonéphrites, sont d'origine vasculaire ou descendantes. J'applique du reste aux pyélo-néphrites la pathogénie que j'ai établie pour les cystites, sans injection préalable de l'urèthre ou sans cathétérisme.

Pourquoi un côté seul est-il pris dans ces conditions et non pas les deux? Il faut chercher l'explication de cette particularité dans les conditions anatomiques dont je parlais plus haut, conditions qui créent la stagnation microbienne.

Le diagnostic des pyélo-néphrites me paraît, en général, assez facile, si l'on tient compte de tous les signes locaux et des symptômes à distance que l'on peut observer.

Le diagnostic, dans le premier cas de M. Routier, n'a erré que parce qu'il n'a pas attaché, au pus contenu dans le bocal placé à la tête du lit, l'importance qu'il aurait dû y attacher.

Ce diagnostic peut devenir plus difficile dans le cas de pyonéphroses fermées, et quand la tumeur affecte un siège un peu insolite.

J'ai eu l'occasion d'observer un de ces cas, il y a une huitaine d'années. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-cinq ans, créole, qu'on m'avait présentée comme étant atteinte d'une tumeur très douloureuse de la rate. Cette tumeur avait, au dire de son médecin, une origine paludéenne dont la malade avait encore des manifestations, sous forme d'accès de fièvre. La preuve que l'infection paludéenne était profonde, c'est que cette femme avait eu, étant toute petite, une hématurie dite des pays chauds, à deux reprises.

Le caractère de ces hématuries, survenues avec des douleurs néphrétiques violentes, la forme de la tumeur, l'existence passagère, mais nette de troubles urinaires antérieurs, me firent, quoique la tumeur proéminât dans le flanc plutôt que dans la fosse lombaire, porter le diagnostic de pyonéphrose. Je la vidai par une incision transversale; j'essayai de cathétériser l'uretère, cela me fut impossible, comme cela arrive dans beaucoup de cas; mais, au bout de quelques jours, l'arrivée de pus dans l'urine me prouva qu'il s'était débouché tout seul. Cette malade est restée trois ans guérie : je l'ai réopérée, il y a cinq ans, à l'hôpital Laënnec, pendant que je remplaçais mon ami et collègue Gérard Marchant. Je crois qu'elle est depuis définitivement guérie.

Dans un autre cas, j'ai pu faire le diagnostic de pyonéphrose dans un rein ectopique, et, je m'apprêtais à l'opérer, quand la malade mourut d'une péritonite suraiguë, par rupture de la poche.

Le diagnostic, dans d'autres cas, est très facile. Il en est ainsi dans la deuxième observation de M. Routier, où la poche était assez volumineuse pour être facilement reconnue, et où il existait des phénomènes très nets de rétention intermittente de pus.

Dans d'autres cas, le volume de la tumeur n'est pas très grand, et il faut apporter la plus grande attention pour trouver le rein légèrement augmenté de volume.

Il en était ainsi chez un enfant atteint de pyélonéphrite droite, qui avait des phénomènes généraux et locaux de rétention du pus dus à un bouchon muco-purulent qui partait du bassinet et qui, descendant dans l'uretère, tombait dans la vessie, d'où il était expulsé. L'enfant le sentait cheminer et annonçait sa chute dans la vessie ou plutôt sa sortie de l'uretère, qui était immédiatement suivie de la cessation des douleurs et bientôt de chute de la fièvre.

Or le rein, pendant ces crises, était à peine perceptible, d'autant moins que toute la région était douloureuse et plus accessible à la palpation. J'ai dû, à plusieurs reprises, me faire appeler, au moment des crises, afin de constater l'état du rein. La localisation de la douleur à droite ne me paraissait pas suffisante pour justifier une intervention, car, en pareille circonstance, il faut tenir compte des réflexes.

Une autre cause d'erreur peut être dans le siège de la tumeur : dans un cas où elle était très volumineuse, elle était en presque totalité cachée sous le rebord costal, ce qui avait fait errer deux ou trois médecins qui l'avaient vue avant moi.

Le traitement de ces pyélo-néphrites, de ces pyonéphroses est variable.

Quelques-unes peuvent guérir spontanément. J'en ai observé un cas très net chez une dame de soixante-dix-neuf ans, Mme de L., que j'ai soignée d'abord avec le Dr Maury, puis avec le Dr Marquézy. Je l'ai vue une première fois, il y a quatre ans, avec une pyélo-néphrite gauche non douteuse : tumeur volumineuse occupant le flanc et la fosse lombaire, pus abondant dans les urines, accès de rétention de pus coïncidant avec des accès de fièvre. L'indication opératoire n'étant pas urgente, la santé se conservant assez bonne, et la famille envisageant assez mal la perspective d'une opération, il ne fut fait qu'un traitement médical.

J'ai revu cette dame l'an dernier, pour une hématurie vésicale grave. Or le rein gauche n'était plus perceptible, il avait même disparu, si bien que, le rein droit s'étant déplacé, la malade a eu, à la suite, une crise d'anurie absolue qui a duré trente heures et qui, forçant la vessie au repos, a amené, par ce fait, la guérison d'une hématurie que nous n'avions pas pu arrêter jusqu'alors.

J'ai vu un autre cas suivi de guérison, du moins de rétrocession considérable paraissant ressembler à une guérison, chez un autre vieillard de soixante-seize ans dont le rein gauche, ectopié, était très volumineux et très douloureux. Je surveillais ce malade pour l'opérer au moment opportun, mais il partit pour la campagne; je ne le revis que trois mois plus tard. Or, à ce moment, le rein était à peine perceptible sous le rebord des fausses côtes et à peine douloureux. Je note que, dans ces cas, il s'agissait de vieillards. Au reste, des faits du même ordre ont été signalés par M. Guyon, dans un article sur les pyonéphroses paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

Ces faits exceptionnels mis à part, je crois qu'il est admis que le traitement de choix de ces pyélo-néphrites ou pyonéphroses est l'incision.

La néphrectomie secondaire, si plus tard elle s'impose, me paraît, ainsi que l'avait dit, je crois, Morris depuis longtemps, plus bénigne que la néphrectomie primitive. Cependant, cette dernière vient d'être défendue récemment par Trendelenburg.

Dans tous les cas, il ne saurait être question de néphrectomie primitive que pour les faits où le rein est complètement ou presque complètement détruit.

Dans les autres cas, il faudra tout d'abord faire l'incision du rein; on se comportera ensuite d'après les indications que fourniront l'état du parenchyme rénal et celui de l'uretère, à savoir si l'uretère est perméable ou non.

L'incision du rein doit être aussi large que possible et il faut ouvrir toutes les arrière-cavités, quand il en existe. Ceci est banal, je n'insiste pas.

Je vois que M. Routier ne cherche pas à fixer le rein à la peau, pour éviter l'effusion du pus dans le tissu cellulaire péritonéal. C'est là aussi ma pratique; cet acte opératoire est assez souvent impossible, à cause de l'éloignement et de la friabilité de la poche, et, dans tous les cas, inutile. Je n'ai jamais vu cette infection du tissu cellulaire périrénal.

La conduite à tenir, après l'incision et l'évacuation de toutes les cavités, est variable. Si le parenchyme rénal n'est pas trop détruit ni altéré et si, d'autre part, l'uretère est facilement perméable, on peut et on doit conserver le rein, en modifiant, autant que faire se peut, les parois de cette poche constituées par la muqueuse des calices et du bassinet. Je me suis bien trouvé, dans le cas de l'enfant dont je parlais plus haut et dont le rein m'a paru suffisamment sain, d'injections de solution de nitrate d'argent qui remplissaient le bassinet et descendaient dans l'uretère jusque dans la vessie. Je crois que je leur ai dû une guérison que j'ai tout lieu de croire définitive.

On pourra s'assurer de la perméabilité de l'uretère par des injections colorées, au bleu de méthylène par exemple; si l'uretère est perméable, si la muqueuse a été suffisamment modifiée, on peut laisser fermer la fistule cutanée et ne pas faire courir la chance d'une néphrectomie. Le rétablissement de la perméabilité de l'uretère et l'écoulement facile de l'urine sont des conditions de premier ordre pour la guérison et peuvent suffire à l'assurer : je n'en veux pour preuve que la guérison de sa pyélonéphrite chez la deuxième de mes malades opérées d'urétérocysto-néostomie.

Quand, au contraire, l'uretère n'est plus perméable, quand la suppuration est abondante, quand il se produit de nouveaux abcès dans le parenchyme rénal, il faut faire la néphrectomie secondaire.

Celle-ci sera toujours laborieuse, et il faudra quelquefois y procéder par morcellement comme je l'ai fait, il y a trois ans, chez un de mes malades, que j'avais néphrotomisé cinq ans auparavant et dont le rein paraissait s'être réinfecté à l'occasion d'une attaque de grippe : il est vrai qu'il était en même temps, porteur d'un rétrécissement très serré et que j'ai dû l'uréthrotomiser.

Cette néphrectomie, je la fais par la voie lombaire, quoi qu'elle soit plus laborieuse que par la voie abdominale, mais parce que, dans ces lésions infectieuses, la voie lombaire est moins grave. Et j'ai été surpris de voir un laparotomiste, comme notre collègue Routier, nous dire, à deux reprises, que la voie abdominale était plus difficile.

Je ne saurais partager cette opinion. La voie abdominale ou transpéritonéale est certainement plus facile et c'est plutôt la voie de choix dans les cas de néoplasmes.

Dans les cas où il existe de la suppuration, l'infection possible du péritoine doit nous faire préférer la voie lombaire, avec incision oblique ou transversale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Avril 1896.

Hémophilie avec stigmates télangiectasiques. — **A. Chauffard.** La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît atteinte d'une forme, à bien des égards, anormale de cette curieuse affection, l'hémophilie. Cette femme, âgée de cinquante ans, n'a jamais subi d'autres accidents pathologiques que ceux d'origine hémorrhagique que nous allons étudier.

Non seulement ses antécédents personnels sont nuls, mais encore on ne peut relever dans sa famille aucune tare hémophilique ou nerveuse appréciable.

C'est à l'âge de vingt ans que, spontanément, s'est produite la première hémorrhagie; ce fut une hémorrhagie en nappe du cuir chevelu; arrêt spontané au bout d'une heure environ.

Depuis lors, hémorrhagies nombreuses, localisées en une série de points toujours à peu près les mêmes.

Toutes ces hémorrhagies *cutanées* ou *muqueuses* ont été *spontanées*, fortuites, et aucun molimen congestif, aucune modification de l'état psychique, ne les précède ni les accompagne.

Diverses hémorrhagies traumatiques ont eu également lieu; ablation d'une dent, piqûre, même la plus légère. Un frottement un peu rude fait ecchymose, et la malade a dû renoncer à se brosser les dents, elle se contente de se frotter les gencives avec un linge fin.

Voyons maintenant ce que nous montre l'examen objectif de notre malade. C'est une femme petite, scoliotique. L'examen des différents organes ne révèle d'autre lésion qu'un certain degré d'artério-sclérose; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments anormaux.

Sur le fond anémique des téguments, se distinguent d'assez nombreuses *stries rougeâtres*, disséminées sur les joues, le front, le pavillon des oreilles.

Les caractères objectifs de ces différentes taches sont à peu près identiques. Par l'examen à la loupe, on constate que chaque ponctuation rougeâtre est formée par un ou plusieurs petits vaisseaux dilatés, arborescents ou plexiformes et pouvant former comme de petits nœvi en miniature.

Chacune de ces télangiectasies capillaires semble très superficielle; le sang qu'elles contiennent est rutilant, fait à rapprocher de l'aspect artériel que présentent toujours les hémorrhagies spontanées de la malade.

Ces varicosités occupent différentes parties du revêtement cutané et muqueux : face, fosses nasales, voûte palatine.

Le processus de formation de ces petits angiomes capillaires n'est pas arrêté, car on a pu récemment constater l'apparition de nouvelles taches.

Si toutes ces télangiectasies n'ont pas saigné, il semble bien que ce soit toujours à leur niveau qu'ont eu lieu les hémorrhagies.

L'examen du sang, pratiqué par piqûre d'une pulpe digitale, a donné les résultats suivants : hémoglobine 65 pour 100; globules rouges 3,689,000, normaux comme volume, comme forme, se groupant en îlots, sans tendance à se fusionner entre eux, leucocytes 14,818; entre lamelles ou dans la cellule à rigole, la formation du réticulum fibrineux paraît un peu retardée et, de plus, très peu abondante. Le syndrome hématologique de l'hémophilie, autant qu'on peut le connaître par les très rares faits étudiés jusqu'à aujourd'hui, paraissait donc présent.

Comment comprendre et dénommer cette curieuse affection hémorrhagipare? Nous ne pouvons la classer que dans le groupe des *hémophilies*.

Mais l'histoire pathologique de la malade présente, outre son intérêt de rareté, des particularités bien anormales et même bien nouvelles.

Cas *sporadique* tout d'abord, *solitaire*, alors que dans la règle, l'hémophilie est une maladie *familiale*, au premier chef. Ici, ni ascendants, ni collatéraux ne présentent rien d'analogue.

Les familles hémophiliques sont exceptionnellement fécondes. Ici, pas de polynatalité, la malade est stérile.

Enfin, au point de vue étiologique, le fait seul que notre malade est une femme constitue, sinon une exception, au moins une rareté, puisque la proportion des deux sexes, dans l'hémophilie, est de 7 hommes pour une femme.

Comme particularités cliniques, notons l'absence des arthropathies, si communément observées, ainsi que des hématuries souvent assez abondantes et répétées, pour constituer une véritable forme clinique, l'hémophilie rénale.

En revanche, les hémorrhagies spontanées par la peau et les muqueuses prennent ici une telle importance qu'elles constituent presque toute la maladie. C'est ce qu'on a appelé parfois l'hématidrose ou sueur de sang; le terme d'*hémophilie cutanée* me paraîtrait mieux approprié, abstraction faite de ces cas, un peu analogues, qui relèvent de l'hystérie.

Quelles sont, maintenant, la nature et la valeur clinique de ces petites *télangiectasies cutanées et muqueuses*?

Souvent, on a pu observer dans l'hystérie les hémorrhagies les plus diverses, de véritables *stigmates hémorrhagiques* des téguments.

La similitude de ces faits avec notre cas n'est qu'apparente, et je crois que toute intervention pathogénique de l'hystérie doit être ici rejetée pour bien des motifs.

Tout d'abord, parce que notre malade n'est pas une hystérique : elle ne présente aucun stigmate de cette affection. Il faudrait donc considérer ses accidents hémorrhagiques comme la seule manifestation d'une hystérie larvée, ce qui équivaudrait à une véritable pétition de principe et serait, en outre, peu d'accord avec l'observation clinique.

L'hystérie à hémorragies cutanées appartient presque toujours aux grandes modalités de la névrose. Souvent même, c'est à l'occasion de *paroxysmes convulsifs* que se produisent les écoulements sanglants.

Les hémorrhagies cutanées hystériques procèdent par véritables attaques, parfois périodiques, précédées ou accompagnées le plus souvent de véritables prodromes psychiques ou convulsifs, et de troubles matériels locaux.

Ici, rien de pareil ; la *phase pré-hémorrhagique* n'existe pas. La production de l'hémorrhagie est fortuite, inattendue, non périodique.

Chez l'hystérique, les stigmates sanglants ne se produisent guère que dans des conditions très spéciales de l'état mental, chez des mystiques à idée fixe, et l'autosuggestion en fait des stigmates systématisés et parfois figurés.

Chez notre malade, les stries ou taches rougeâtres et hémorrhagipares se produisent sans plan déterminé, sans figuration appréciable, dans certaines régions richement vascularisées, la face, la muqueuse buccale, les extrémités digitales. Elles n'ont aucune tendance à faire plaie, à s'ulcérer et paraissent, au point de vue anatomique, constituées par de simples télangiectasies.

Nous ne pouvons donc les rattacher qu'à l'hémophilie, et leur présence nous permet de constater de visu l'existence de lésions vasculaires, subordonnées à un trouble trophique préalable, de nature encore inconnue et devenant, à leur tour, causes d'effets seconds, les hémorrhagies.

On a le droit de supposer que l'hémophilie ne dépend pas d'un processus anatomo-physiologique univoque ; que plusieurs facteurs concourent à sa pathogénie, parmi lesquels, les plus vraisemblables, sont l'altération du plasma sanguin et de sa coagubilité, des lésions dégénératives ou télangiectasiques des petits vaisseaux, des troubles de l'innervation vaso-motrice. Le tout relevant d'une modification profonde et souvent héréditaire de la nutrition, modification dont le sens et la formule nous restent ignorés.

Nous conclurons donc que nous avons observé chez notre malade de véritables *stigmates hémophiliques*, comparables, jusqu'à un certain point, aux stigmates sanglants des hystériques et qui, au point de vue anatomique, méritent le nom de *stigmates télangiectasiques*. C'est là, croyons-nous, un fait nouveau dans l'histoire de l'hémophilie.

Cancer primitif du foie avec fièvre. — **M. Achard.** A propos du cas d'ictère grave hyperthermique avec infection streptococcique, présenté par M. Hanot dans la séance précédente, voici deux observations de cancer primitif du foie, dans lesquelles il y avait de la fièvre et des symptômes d'ictère grave. Dans la première, il s'agit d'une femme atteinte d'un cancer primitif avec ictère, albuminurie, urobilinurie, délire et fièvre ; la température atteignit 41°,5 quelques heures avant la mort. La seconde observation concerne un cancer en amande développé chez un homme qui fut apporté à l'hôpital dans un état de cachexie et du prostration profonde ; l'urine renfermait de l'albumine et de l'urobiline ; il y avait de la dyspnée et du myosis ; la température était de 38°,8 la veille de la mort. Dans les deux cas, le suc hépatique recueilli aseptiquement par ponction, peu de jours avant la mort, donna des cultures de staphylocoques blancs.

Ces deux faits sont de nouveaux exemples d'infections développées au cours de cancers viscéraux. Ils peuvent être rapprochés des cas d'infection survenant dans le cancer gastrique.

Dissociation syringomyélique en forme de zona. — **M. Achard** présente un malade atteint d'atrophie musculaire, du type Aran-Duchenne, développé depuis deux ans chez un homme de vingt-deux ans. Etant donnée la limitation de l'atrophie aux petits muscles des mains, et l'absence de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs, on pourrait, à première vue, songer à l'atrophie musculaire progressive de Duchenne. Mais, un examen plus approfondi montre que les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, qu'il y a une scoliose à la région dorsale inférieure, enfin, qu'il existe une bande d'anesthésie dissociée, formant, du côté gauche, une demi-ceinture, au niveau et au-dessous de l'ombilic et s'étendant sur une hauteur de dix centimètres environ : c'est une sorte de zone d'anesthésie dissociée. Il s'agit donc d'une syringomyelie.

Ce cas est intéressant surtout par la topographie de l'anesthésie dissociée qui est exactement celle du zona abdominal. C'est un argument en faveur de la théorie médullaire du zona.

En outre, M. Achard cite, à ce propos, un cas de zona thoracique, observé chez une vieille femme, et dans lequel les douleurs occupaient, symétriquement des deux côtés une zone beaucoup plus étendue en hauteur que l'éruption unilatérale, et se prolongeant, en outre, sur toute la longueur des vertèbres dorsales. Ce siège des douleurs s'expliquerait difficilement par des lésions des nerfs ou des ganglions ; au contraire, la théorie spéciale en rend compte facilement, grâce à la distribution vasculaire des cordons postérieurs et à la proximité des fibres sensitives correspondant aux deux côtés.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

9 avril 1896.

Deuxième note sur un érythème bulleux suraigu des mains. — **MM. Hallopeau** et **André Jousset.** Il en ressort les deux faits suivants : les manifestations bulleuses de la maladie appelée érythème multiforme peuvent être suivies d'une dermite végétante ; il en résulte qu'il s'agit, dans cette dermatose, non d'une simple hyperémie, mais d'une inflammation ; il y aura donc lieu de substituer la dénomination de dermatite à celle d'érythème.

Sur un cas de folliculites tuberculeuses. — **M. Hallopeau.** Les conclusions de ce travail sont résumées ainsi qu'il suit : la tuberculose des appareils pilo-sébacés peut, suivant l'acuité du processus et le mode de réaction, revêtir, chez les jeunes sujets, les caractères du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique ou de la folliculite suppurative ; les folliculites suppuratives peuvent se développer autour des néoplasies tuberculeuses provenant de parties situées profondément, telles que des ganglions lymphatiques ou le tissu conjonctif sous-cutané ; elles peuvent devenir le point de départ de nodosités tuberculeuses isolées ou confluentes, soit en placards, soit en bourrelets ; elles servent ainsi d'intermédiaires à la propagation, à la surface cutanée, des tuberculoses d'origine profonde, et aussi à l'extension, en profondeur, des tuberculoses superficielles.

Note sur un cas de pemphygus foliacé. — **M. Hallopeau.** Il s'agit du malade présenté dans la dernière séance et qui est mort dans l'intervalle. Cette terminaison fatale rapide montre la malignité de cette affection.

M. Besnier ne voit pas la différence qui existe entre ces folliculites superficielles et les nodosités. Pour lui, il s'agit d'une même lésion à des phases différentes de son évolution, et l'ensemble constitue une seule et même maladie.

M. Hallopeau insiste, à nouveau, sur le processus qui est différent suivant les lésions : les folliculites seraient la conséquence de l'extension, à la surface, d'une lésion tuberculeuse profonde, et, à leur tour, ces folliculites seraient l'origine de nodosités tuberculeuses envahissant la profondeur.

Note sur une ulcération tuberculeuse du doigt. — **M. Du Castel.** M. Fournier m'avait demandé, dans la dernière séance, si l'hypothèse d'une ulcération des doigts pouvait être écartée chez le malade que j'avais présenté. Je n'avais pu répondre, à défaut d'une enquête absolue. Aujourd'hui, je puis dire que ce malade se sert d'une préparation arsenicale pour lustrer les cuirs. Mais, outre que cela lui arrive rarement, il n'a jamais vu, dans son atelier, se produire d'ulcérations analogues.

Enfin, ce qui confirme le diagnostic de lésion tuberculeuse, c'est l'extension de l'ulcère, sous forme de grains miliaires jaunes, et l'examen histologique qui a montré des cellules géantes. On n'a pas trouvé de bacilles, mais l'inoculation à un cobaye a été faite, et l'avenir confirmera le diagnostic d'ulcération tuberculeuse.

Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation. — **M. Gastou** présente un jeune malade âgé de trois ans, qui, depuis un an et demi, a une éruption de placards eczematiformes, généralement circonscrits, nummulaires ou irréguliers, disséminés sur le tégument, sans symétrie.

L'apparence de l'éruption est celle d'un eczéma sec autour des lèvres, d'un eczéma lichenoïde ou de placards de névrodermite, sur les autres parties du corps.

Les caractères essentiels des placards qui constituent l'affection présentée par l'enfant sont : 1° leur longue durée ; 2° leur fixité de siège et leur peu de tendance à l'extension et à la généralisation ; 3° leur absence de symétrie ; 4° leur aspect d'eczématisation et de lichenification ; 5° l'existence d'un prurit localisé seulement au niveau des placards et l'apparition simultanée de l'éruption et du prurit ; 6° l'inefficacité des traitements habituels ; 7° enfin, comme caractère dominant tout l'ensemble : l'existence, chez le malade, d'antécédents scrofulo-tuberculeux, se traduisant, chez le père par un lupus tuberculeux de la face, et, dans la famille, par la scrofulo-tuberculose remontant à trois générations.

En rapprochant ce cas d'une série de cas analogues, dans lesquels on retrouve les sept caractères mentionnés ci-dessus, M. Gastou croit probable l'existence d'une véritable dermite eczématiforme, expression bénigne d'une tuberculose, atténuée par le passage à travers des générations successives.

La série héréditaire constitue une véritable maladie familiale : ayant comme début une tuberculose généralisée ; comme suite, dans la série des générations successives, des tuberculoses de plus en plus atténuées, généralement locales : tel le lupus ; et, comme fin : de véritables affections para-tuberculeuses, dont l'expression la plus bénigne serait la dermite eczématiforme des tuberculisables, non tuberculisés, mais graine de tuberculeux, selon la forte expression du professeur Landouzy.

M. Augagneur. L'affection cutanée que présente le malade dont M. Gastou vient de nous raconter l'histoire se rapproche du prurigo de Hébra. Celui-ci revêt très fréquemment l'aspect d'une dermite eczématiforme. Hébra a fait remarquer que, souvent, les malades mouraient tuberculeux vers seize à dix-huit ans. C'est, je crois, exagéré.

Quels rapports y a-t-il entre les lésions cutanées et les antécédents tuberculeux ? Je ne crois pas qu'il y ait le moindre rapport. C'est une maladie banale, de misère, qui survient chez des débilités, dans les familles mal logées. Or, toutes ces conditions facilitent la contamination tuberculeuse. On hérite peut-être du terrain tuberculeux, mais la tuberculose familiale est toujours une tuberculose de contagion. Je ne crois pas qu'un eczémateux soit candidat de la tuberculose.

M. Hallopeau. Ce malade a des lésions polymorphes ; il présente sur le ventre et le cou du lichen scrofulosorum, lésion dans laquelle Jacoby et moi avons trouvé des bacilles de Koch.

M. du Castel. Nous voyons déjà chez les tuberculeux des lésions de la peau nettes, des ulcérations, des suppurations ; c'est vraiment trop étendre le cadre de la tuberculose que vouloir y faire entrer ces affections *qui* ne sont que d'ordre secondaire. J'ai de la peine à m'accoutumer à ces idées surprenantes.

M. Hallopeau. Il y a chez ce malade du lichen scrofulosorum.

M. Gastou. Je ne crois pas que cette lésion cutanée doive être considérée comme un prurigo ; je ferai remarquer, qu'à aucun moment de son évolution, elle n'est rentrée dans le type du prurigo de Hébra. Si elle se rapproche d'un type, c'est plutôt des prurigos diathésiques. Je n'ai pas dit que cette lésion était une tuberculose de la peau, j'ai voulu simplement attirer l'attention sur la concomitance de l'éruption et des accidents tuberculeux individuels ou familiaux. C'est une observation d'attente. On a tellement l'habitude de dénommer eczéma tout ce que l'on ignore, qu'il me semble utile de réagir en cherchant au delà d'un aspect objectif, c'est-à-dire en fouillant l'étiologie de tous les prétendus eczémas. Cela a été déjà fait pour les prurigos, les névrodermites, et je n'ai pas eu d'autre but, dans cette communication, que de poser une question qui me semble intéressante.

M. Feulard. L'observation ne nous dit pas s'il y a eu des troubles digestifs analogues à ceux que l'on rencontre dans les prurigos diathésiques. Les lésions prurigineuses deviennent lichenoïdes et les excoriations sont des portes d'entrée facilitant la contagion de la tuberculose. M. Vidal traitait ces affections, lorsqu'elles étaient rebelles par les scarifications.

M. Besnier. Le prurigo n'est pas une maladie à facteur unique ; il est des quantités d'affections cutanées prurigineuses reconnaissant des causes multiples, soit d'intoxication ou d'infection. Je ne crois pas que, pour l'instant, on puisse dire que ces lésions se voient dans la tuberculose confirmée.

M. Gastou. Les troubles digestifs ne me semblent pas un argument à invoquer en faveur de la production de certaines variétés de prurigos lichenifiés, car les tuberculeux ont très facilement des troubles digestifs et de la diarrhée. Je tiens à répéter que je ne considère pas ces lésions comme de nature tuberculeuse, mais comme des lésions survenant plus spécialement chez des malades entachés d'une hérédité tuberculeuse et que des causes banales provoquent avec la plus grande facilité chez ces héréditaires. Je continue du reste l'étude de ces faits et j'y joindrai des examens histologiques.

Lichen scrofulosorum. — **M. du Castel.** Il s'agit d'un cas de lichen scrofulosorum particulier, à cause de son évolution rapide et surtout de son siège ; il respecte entièrement le thorax. La malade porte au cou des ganglions suppurés. C'est consécutivement à cette suppuration qu'est apparue rapidement cette éruption.

Syphilis acquise dans la première enfance infantilisme consécutif. — **MM. Eudlitz** et **Barasel** présentent un malade atteint d'infantilisme consécutif à une syphilis acquise à l'âge de deux mois. Contaminé par sa mère qui avait été infectée par un nourrisson, ce malade, qui a aujourd'hui vingt-quatre ans, est resté atrophié.

Petit de taille, il ne mesure que 1 m. 40 et présente le thorax peu développé. Les organes génitaux sont complètement atrophiés, la verge est celle d'un jeune enfant, les testicules ont le volume d'un petit haricot; il n'a absolument aucun poil, ni à la face, ni aux aisselles, ni à la région pubienne.

M. Besnier. Y avait-il, dans la famille du malade, quelque tare nerveuse ou des malformations ? La syphilis agit dans ces cas là surtout sur le système nerveux.

M. Augagneur. Quels ont été les accidents syphilitiques présentés par le malade?

M. Eudlitz. Le malade a été suivi par M. le professeur Fournier qui a vu le chancre et a soigné l'enfant vers à l'âge de treize ans pour une méningite.

M. Augagneur. J'ai signalé des faits analogues d'infantilisme dans ma thèse d'agrégation de 1879, sur la syphilis héréditaire. Je ne connais pas d'exemples de faits analogues produits par la syphilis acquise dans l'enfance.

M. Roussel, élève de M. Aubert, qui a fait sa thèse sur la syphilis acquise de l'enfant, n'a pas rencontré un seul cas d'infantilisme.

Généralement, cet infantilisme survient chez les héréditaires fortement atteints; il se fait un véritable arrêt de développement, dû à l'action, sur le système nerveux, d'une véritable intoxication. Le malade actuel paraît avoir eu une syphilis peu intense.

M. Barthélemy. Il est difficile de démontrer scientifiquement la nature syphilitique du défaut de développement. Je ne crois pas que la méningite ait joué ici un rôle.

M. Augagneur. Dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise, les procédés d'inoculation sont différents : ici, il s'agit d'une lésion locale, là, d'une véritable infection générale d'emblée, d'origine sanguine placentaire. Les résultats en sont donc tout différents.

M. Barthélemy. Quel que soit le mode d'action de la syphilis, elle n'en produit pas moins des atrophies locales : telle l'atrophie des dents, dont le mécanisme est inconnu.

M. Gastou. La plupart des observations de troubles de développement ne mentionnent pas si la mère a eu une maladie infectieuse dans le cours de sa grossesse ou bien si, après sa naissance, l'enfant a été sous le coup de maladies infectieuses. Il faut aussi, dans la production de ces troubles, faire entrer l'hérédité et l'état d'intoxication, alcoolisme ou autre, des parents.

M. Eudlitz. Dans les premiers temps de la vie, la syphilis héréditaire et la syphilis acquise se confondent, comme intensité de virus.

M. Besnier. Il serait utile de poursuivre une enquête sur des cas analogues à Bicêtre, pour savoir s'il existe des cas d'infantilisme, en dehors de la syphilis; pour savoir si le virus syphilitique est toxique ou s'il peut causer des troubles généraux.

Nodosité pré-mycosique (chancre pré-mycosique). — **M. Hallopeau.** L'auteur a remarqué que, souvent dans le mycosis, trois ou quatre ans avant toute éruption, on constate sur la peau une ou deux nodosités, qu'il compare au médaillon du pityriasis, au chancre de la syphilis. Si ce signe était constant, il serait d'une grande importance pour le diagnostic précoce des mycosis.

M. Darier. J'ai eu l'occasion d'examiner histologiquement une des petites nodosités dont parle M. Hallopeau, sur un malade de son service. Il s'agissait d'un nævus, d'une sorte de verrue molle, au milieu d'un tissu spongieux. Cette tumeur était rendue plus apparente par la congestion de voisinage, mais existait probablement avant. Du reste, une éruption pré-mycosique peut faire apparaître des tumeurs qui, jusque-là, étaient restées latentes.

M. Hallopeau. Il y a des cas où les nodosités dont je parle ont de grandes dimensions.

M. Besnier. Dans l'éruption pré-mycosique, il existe des nodosités d'ordre très différent. Certains nævi n'apparaissent que dans des conditions spéciales. Il faudrait examiner les malades porteurs des nodosités dont parle M. Hallopeau, longtemps auparavant, pour pouvoir affirmer le chancre mycosique.

Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre. — **M. Edvard Ehlers** (de Copenhague). Il y a dix ans, M. Arning (de Hambourg) s'exprimait ainsi, dans son rapport officiel adressé au gouvernement des îles Sandwich [1] :

« Il me semble maintenant hors de doute qu'on peut observer, dans ces îles, un grand nombre de malades, qui ne présentent et n'ont jamais présenté, pendant nombre d'années, qu'un ou deux symptômes de la lèpre, symptômes appartenant surtout au groupe des lésions nerveuses. Je désigne ces cas par le nom de « lèpre abortive », et je pense qu'on peut les considérer comme appartenant à une forme qui indique l'affaiblissement de la virulence de cette affection ». M. Arning ajoute qu'il a porté son attention d'une manière toute particulière sur les symptômes de ces cas récents, ou abortifs, car le diagnostic de la lèpre, dans ces cas-là, est d'une grande difficulté et devient plus discutable que dans les cas avérés ». Il a pris les observations détaillées de tous ces cas, dans l'espoir que ses notes auront un jour de la valeur, car il s'était proposé de se renseigner ultérieurement sur le sort de ses malades, pour savoir si le virus de la lèpre n'était que latent ou réellement éteint.

Mon savant confrère, dans une lettre qu'il m'a adressée le 3 Octobre 1895, s'exprime d'une façon un peu plus nette. Voici ce qu'il dit :

« Je me suis servi de cette expression de « lèpre abortive » pour désigner certains états qu'on pouvait observer à Hawaii. Il s'agissait d'analgésies et d'atrophies musculaires localisées, ayant atteint, par exemple, le muscle orbiculaire d'un œil ou seulement l'éminence hypothénar et qui avait existé pendant dix ou vingt ans sans entraîner jamais d'autres troubles, de sorte qu'on pouvait supposer que la lèpre avait pénétré dans l'économie, mais qu'elle y avait eu le dessous, n'ayant provoqué que des troubles tout à fait insignifiants ».

Depuis son rapport, Arning n'a jamais rien publié sur ce point, probablement parce que sa mission aux îles Sandwich s'est terminée de la façon brusque que vous connaissez sans doute, et parce qu'à Hambourg notre confrère n'a plus eu l'occasion d'avoir des nouvelles de ses malades; toutefois, il est juste de reconnaître à Arning la priorité dans cette question, qui est d'une importance capitale pour nos idées sur la pathologie des maladies infectieuses chroniques.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que notre grand maître Armauer Hansen et son élève Looft en sont venus, dans leur dernier livre [1], à proclamer la lèpre anesthésique comme la guérison de la lèpre, opinion que je suis loin de partager, mais qui, de la part de ces deux autorités, mérite bien notre attention. Nos confrères de Bergen disent :

« Comme le démontre la description que nous venons de donner de l'évolution de la maladie, les lésions spécifiques de la lèpre disparaissent peu à peu et il n'en reste que leurs suites : en d'autres termes : *la lèpre guérit*; la plupart de nos malades maculo-anesthésiques passent, avec le temps, à la forme anesthésique pure; ils ne sont plus atteints de la lèpre, mais ils souffrent seulement des suites de cette affection.

Je suis loin de partager la manière de voir de nos deux distingués collègues norvégiens, car il me semble qu'il faut reconnaître à la lèpre anesthésique la même tendance à progression que possède le tabes syphilitique. Je dirais même que, pour moi, la lèpre anesthésique est une affection absolument analogue à l'ataxie locomotrice, et je pense bien que l'avenir démontrera que toutes les deux lésions sont d'origine périphérique, débutant dans les nerfs périphériques, amenant successivement des paresthésies, des douleurs, des anesthésies, des atrophies musculaires et des paralysies, enfin tous les symptômes de destruction des nerfs, avec dégénérescences consécutives dans la moelle épinière. Mais les deux affections sont progressives, et on ne peut pas parler de guérison, parce que le malade est arrivé à la période anesthésique pure. D'un autre côté, c'est bien dans ce groupe de lèpre nerveuse qu'on rencontre des cas qu'on serait tenté de considérer comme des cas de guérison. Les observations dont j'aurais l'honneur de vous parler et les observations dont a parlé Arning ne sont pas faciles à recueillir, car les malades en question, ne se croient pas atteints de lèpre. Ils se croient peut-être tout au plus attaqués d'une maladie nerveuse; c'est au neurologiste qu'ils s'adressent de préférence. Pour y parvenir il faut vivre longtemps parmi les lépreux, comme l'a fait Arning, ou il faut faire ce que j'ai fait en Islande. Je suis allé de maison en maison, dans les foyers lépreux, j'ai fait déshabiller tous les habitants et je les ai examinés, en portant une attention toute spéciale aux personnes qui se croyaient saines, mais qui vivaient (en promiscuité) sous le même toit, avec des lépreux. De cette façon, il m'a été possible de constater, qu'à côté des personnes qui sont atteintes d'une lèpre manifeste aux yeux de tout le monde, il y a des personnes qui ne présentent qu'un ou deux symptômes isolés de la lèpre. J'ai cherché d'abord parmi les époux, et j'ai gagné la conviction que la lèpre conjugale n'est guère plus rare, que la syphilis conjugale. Parmi mes 122 observations de lèpre islandaise publiées *in extenso* en français par mon ami et élève Eichmuller (*Thèse*, Paris 1896), je ne compte pas moins de sept personnes (obs. nos 41, 52, 54, 56, 96, 114 et 119) qui ont pris leur lèpre par cohabitation.

Je prétends que la lèpre conjugale a une certaine tendance à revêtir la forme anesthésique et une forme généralement bénigne. Des sept personnes citées, cinq étaient atteintes de la forme nerveuse. A ce propos, je suis même tenté d'admettre qu'il en est de la lèpre comme il en est de la syphilis, où l'un des conjoints reste apparemment sain et immunisé contre la syphilis de l'autre conjoint, comme il est admis dans la loi de Colles-Baumès. Les cas que je me permettrai de soumettre aujourd'hui à l'appréciation des membres de la Société sont au nombre de trois. Dans la première (obs. 54), il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, mariée, à un paysan souffrant depuis huit ans de lèpre tuberculeuse. Les époux ont neuf enfants vivants, dont un garçon atteint de lèpre maculeuse.

Il y a cinq ou six ans, ma malade eut des malaises, des vertiges et beaucoup de frissons. Les douleurs rhumatismales, dont elle souffrait depuis vingt à trente ans dans la tête, les poignets, les bras et les genoux, augmentèrent. J'ai pris ces symptômes pour le début de sa maladie.

Il y a à peine un an, elle remarquait une éruption suivie de démangeaisons (sur les avant-bras), après avoir lavé le linge de son mari. Il existe actuellement au niveau du poignet droit, à la partie inférieure du cubitus, une tache de la grandeur d'une main d'enfant. En se grattant, elle s'aperçut que cette tache était insensible. On y trouve, en effet, de l'analgésie prononcée, mais pas d'anesthésie. La peau, dans la moitié de cette tache, est tubéreuse et érythémateuse. Pas d'épaississements nerveux. Les petits doigts des deux mains présentent une contracture du côté de la paume de la main, au début. Mais ces deux symptômes-là sont, en somme, tout ce qu'on découvre, comme indiquant une lèpre nerveuse, qui existe depuis cinq ans. Quant au diagnostic de cette lèpre nerveuse, il ne me semble pas possible d'hésiter. La deuxième observation (67) concerne un paysan de soixante-sept ans, ayant contracté la lèpre en hébergeant, pendant trois ans, une paysanne atteinte de lèpre tubéreuse. La maladie a éclaté chez lui trois ans après le départ de la femme malade, par le développement, au genou droit, d'un ulcère qui ne voulait pas se cicatriser; il a senti alors qu'il y avait de l'anesthésie du genou. Il y a trois ans, un mal perforant parut à la plante du pied droit, qui également ne voulait pas guérir. Après son apparition, tous les orteils de ce pied furent anesthésiés et sont maintenant le siège d'un œdème scléro-dermoïdique.

En outre des anesthésies mentionnées, j'ai découvert, à l'examen, de l'analgésie, de la grandeur d'une main d'enfant, au-dessus de la gouttière cubitale; voilà toutes les lésions que sa maladie a provoquées pendant onze ans.

La troisième malade (obs. 119) est une femme de cinquante-trois ans, mariée avec un paysan atteint de lèpre anesthésique.

La maladie a commencé il y a vingt ans.

La sensibilité chez cette femme est diminuée aux avant-bras; elle ne peut pas coudre, elle perd l'aiguille. Elle souffre, en outre, de névralgies violentes, surtout sciatiques, qui la forcent à boiter toujours sur sa jambe droite. Il y a une légère contracture des quatrième et cinquième doigts des deux mains, mais pas d'autres symptômes de lèpre.

Pour conclure, je dirai que la lèpre se comporte comme les autres infections chroniques, que nous connaissons; elle a des formes graves et des formes bénignes. Il est tout naturel que les formes graves aient toujours attiré l'attention des malades et des médecins. Mais les formes bénignes doivent exister et existent sûrement. Il faut les chercher dans les pays lépreux et les étudier d'une façon plus complète que je n'ai pu faire dans mes deux voyages de reconnaissance en Islande.

10 Avril 1896.

Eruption bulleuse d'origine indéterminée. — **M. du Castel** présente une malade, ancienne syphilitique, dont le voile du palais est détruit. Il y a un mois, après être resté quatre ans sans traitement spécifique, elle fut prise d'une éruption sur les mains.

Pour guérir cette éruption, elle reprend le traitement spécifique sous forme de sirop de Gibert. Son affection progresse et envahit le dos des mains, les éléments éruptifs primitifs s'élargissent. A son entrée, la figure était respectée.

Les lésions actuelles sont d'abord une saillie érythémateuse qui devient bulleuse, s'étale et forme un large placard érythémato-bulleux.

Sur le cou et la face, même aspect de l'éruption. Sur les mains, larges surfaces dénudées, avec cercle épidermique soulevé. État végétant et papillomateux aux points où la bulle n'existe plus.

L'impression première a été celle d'une éruption bromique, or, s'il lui en a été prescrit pour des étouffements, elle n'en a pas pris. Reste le sirop de Gibert; est-ce bien la cause de l'éruption? Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. Le sirop de Gibert ne provoque pas habituellement d'éruption analogue, d'autant que la malade avait une éruption antérieure. Faut-il admettre un érythème polymorphe? Cela est possible; en tous cas, on ne peut admettre que ce soit une éruption iodique, puisque la malade n'en a pas pris.

M. Hallopeau. Comme aspect, c'est une éruption iodique. J'ai vu dans un cas le même aspect et la même localisation.

C'était aussi une éruption bulleuse végétante. J'ai vu également un malade devenir aveugle à la suite d'accidents analogues produits par l'usage d'iodure de potassium, pris malgré l'avis contraire des médecins.

M. Gastou. C'est également l'apparence éruptive qui a marqué le début d'une éruption provoquée chez une malade du service de M. le professeur Fournier par l'iodure de potassium. A la suite des bulles se sont faites de véritables végétations, telles qu'on eût pu les prendre pour du mycosis.

1. Appendix to the report on leprosy of the president of the Board of Health. Honolulu 1886, p. 38.

1. Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt. *Bibliotheka medica* D. II, Heft 2, Cassel 1894, p. 26.

Souvent, on a pu observer dans l'hystérie les hémorrhagies les plus diverses, de véritables *stigmates hémorrhagiques* des téguments.

La similitude de ces faits avec notre cas n'est qu'apparente, et je crois que toute intervention pathogénique de l'hystérie doit être ici rejetée pour bien des motifs.

Tout d'abord, parce que notre malade n'est pas u hystérique : elle ne présente aucun stigmate de ces affection. Il faudrait donc considérer ses accidents, il morrhagiques comme la seule manifestation d'une; le térie larvée, ce qui équivaudrait à une véritable pé sy- de principe et serait, en outre, peu d'accord avec on. vation clinique.

es bul-

L'hystérie à hémorragies cutanées appartie conclu- toujours aux grandes modalités de la névr it : l'ino- même, c'est à l'occasion de *paroxysmes* qui ut donner se produisent les écoulements sanglants. ui se termine

Les hémorragies cutanées hystériques du farcin ; on véritables attaques, parfois périodiqu mière persis- accompagnées le plus souvent de vég rations superfi- psychiques ou convulsifs, et de tra côté des plus caux. es ; l'éruption my-

Ici, rien de pareil ; la *phase pré-l* les peuvent se pro- pas. La production de l'hémorr apule, ou représenter tendue, non périodique. ur de surfaces ulcérées

Chez l'hystérique, les stigm ne de propagation. duisent guère que dans des **ysphagie de la période** l'état mental, chez des mys ns. — **M. Augagneur.** La suggestion en fait des stig les syphilitiques d'une façon figurés.

Chez notre malade, l es lésions pharyngées telles hémorrhagipares se pr s, tantôt sans lésions pharyn- figuration appréciable de 69 sujets. J'ai trouvé la dys- vascularisées, la fac le la signalent les auteurs, c'est-à- mités digitales. Ell sions. à s'ulcérer et pa dysphagie est peu marquée. Si on constituées par laryngoscopiqu , on voit une tumé- re postérieure de la langue qui varie re. Cette tuméfaction est tantôt du vo- mande, mamelonnée, rouge liv de, tantôt avec des raghades et un enduit pultacé.

Il existe à la déglutition au niveau de l'os du plancher de la bouche. En effet, anatomique- te douleur répond au siège de l'amygdale lin- e l'anneau lympha ique de Waldeyer. C'est donc la action de l'amygdale linguale qui donne la dou eur. uscle lingual est relié à ces amas lymphatiques et comprime dans la dég utition ; il y a, en outre, com- ession par le bol alimentaire. Ces amas sont en outre franglés par les tissus voisins.

Il s'agit d'une inflammation lymphatique. Y-a-t-il coïncidence entre l'adénopathie et la dysphagie ? La présence de cette adénopathie indique une défense plus énergique contre l'infection. Chez les jeunes ces adénopathies sont plus intenses. C'est précisément pour cette raison que, chez eux, l'on rencontre la dysphagie la plus intense, car alors tout le système lymphatique est engorgé.

M. Renaut. La dysphagie est moins fréquente que M. Augagneur le dit. Les malades dysphagiques ont tout pris : langue, voile du palais, follicules clos. La douleur ne tient-elle pas à ce fait?

M. Jullien. M. Augagneur, avec raison, appelle l'attention sur la région de l'arrière-langue, négligée parmi nous.

Lewin dit que la syphilis manifeste son action dans cette région, même aux périodes tardives de la syphilis.

Dans cette partie, Lewin signale un état très caractéristique de l'atrophie des éléments lymphatiques. J'ai cherché à retrouver ces lésions, je n'ai rien vu de net, mais il faut maintenant examiner avec soin cette région.

M. Leredde. Y-a-t-il un rapport entre l'état des ganglions et celui de la rate ?

M. Bartholomy. Il y a, chez certaines malades, des hypertrophies amygdaliennes secondaires, sans plaques muqueuses. Quoique cette hypertrophie soit très marquée, les syphilis qu'elles accompagnent, ne sont pas ultérieurement plus graves que les autres. Une ou deux injections de calomel font disparaître l'hypertrophie.

M. Augagneur. Je n'ai pas de renseignements sur le volume de la rate. A Lourcine, dit-on, la dysphagie est moins fréquente. En effet, chez les femmes, elle est moins fréquente. Pourquoi? On a dit que l'homme fume et boit ; ce n'est pas une raison. Il faut rattacher cette absence de dysphagie à ce que, chez la femme, les adénopathies sont moins fréquentes que chez l'homme. Je n'ai du reste vu que des hommes. Il faut chercher la dysphagie, pour la trouver et demander aux malades s'ils souffrent.

La véritable cause de la dysphagie ne semble pas être toujours une lésion exulcéreuse.

M. Ferras. Y avait-il des accidents du côté du larynx. Des filets laryngés peuvent être atteints, et, lésés, provoquer de la douleur.

M. Augagneur. J'avais l'intention d'intituler ma communication **dysphagies et dysphonies secondaires.** J'ai examiné le larynx. Je n'ai jamais vu de plaques muqueuses du larynx. La dysphagie coïncide souvent avec la dysphonie.

M. Barthélemy. Je demanderai à M. Augagneur s'il a vu, chez les sujets dont il parle, une syphilis plus bénigne.

Augagneur. La réaction ganglionnaire intense me et ble un bon signe pour augurer d'une syphilis ligne.

M. Fenaut. La dysphagie moindre des femmes est due l'anesthésie pharyngée qui est très fréquente chez elles, même sans hystérie.

M. Balzer. Il s'agit d'un garçon de trois ans et demi ayant des stigmates de syphilis héréditaire, et soumis au traitement préventif, qui fut suivi pendant les mois de Décembre et Janvier.

Je fus appelé pour voir, chez cet enfant, une éruption ecthymato de. Mais, il avait, en outre, une plaque gangreneuse du voile du palais. Je lui prescrivis de l'iodure de potassium. Le 6 Mars, l escharre disparut, le travail de cicatrisation se faisait. La malad e avait duré quarante-deux jours. La cause de cette gangrène me semble devoir être due à une artérite syphilitique de l'artère palatine postérieure. Il a dû sa guérison à l'iodure de potassium à hautes doses, que les enfants supportent fort bien.

M. Barthélemy. Pourquoi faut-il penser à l'artérite. Il y a des microbes qui causent la gangrène Nous avons vu d s cas de gommes gangreneuses, sans qu'il y ait eu artérite.

M. Balzer. Il faut qu'il y ait, en dehors des microbes, une altération du terrain, principalement une altération consécutive à une lésion artérielle. C'est pour cela que j admets l'artérite comparable, à l'artérite syphilitique qui cause l'hémorrhagie cérébrale.

M. Augagneur. J'ai fait faire une thèse sur la nécrose du maxillaire inférieur dans la syphilis héréditaire. Je ne sais, dans les cas dont je parle, s'il y avait eu altération antérieure.

M. Hallopeau. L'intensité en elle-même de la syphilis peut, je cr is, provoquer la gangrène en masse.

M. Jullien. Le cas de M. Balzer est heureusement rare. Les faits de M. Augagneur viennent à l'appui de ce que j'ai dit, que le maxillaire inférieur n'est pas à l'abri des lésions syphilitiques. Gosselin prétendait que le maxillaire n'était jamais pris. Pour ce qui est de la pathogénie des gangrènes, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait des mi robes. Il ne faut pas confondre la gangrène et l'escharre.

M. Hallopeau. C'est une question de pathologie générale : pour la gangrène, il faut qu il y ait microbes. La mortification précède la gangrène.

M. Mauriac. Ici l'issue a été favorable ; il n'en est pas toujours ainsi dans des cas analogues.

Sur la durée anormalement longue de la contagion dans les cas bénins de la syphilis. — M. Barthélemy. M. Fournier me faisait remarquer et moi-même avons vu depuis longtemps la durée anormalement prolongée des accidents secondaires, et par conséquent, de la contagiosité de la syphilis. Ce qu'il y a lieu de noter, dans ces cas, c'est la bénignité et la superficialité des lésions qui sont bien tolérées par l'organisme. Il n'y a aucun facteur de gravité ; j'ai trouvé sur 531 cas, 20 cas de syphilides érosives secondaires éminemment contagieuses. La syphilis, chez ces malades, datait de quatre à vingt ans. Chez tous, la récidive s'explique par l'absence de traitement. Le danger social n'en est que plus considérable. J ai vu des cas de contagion par ces syphilides et j'ai été frappé de la bénignité des syphilis ainsi contractées. Les lésions qui ont contaminé ont-elles donc subi une atténuation du fait du temps?

M. Feulard. La question est intéressante; elle a été mise à l'ordre du jour du Congrès de Londres. Le meilleur moyen est de rechercher la contagion conjugale, surtout chez les malades qui se sont mariés après avoir consulté leur médecin.

M. Barthélemy. S'agit-il dans ces cas de contagion, de syphilis bénignes?

M. Feulard. Oui, si on entend bénin dans le sens de bénignité des accidents secondaires. Un de mes malades n'avait presque rien eu comme accidents cutanés ou muqueux, mais il fait de la paralysie générale.

Quant à sa femme, elle a fait de la syphilis assez sérieuse.

Pour l'autre cas, la syphilis a été grave.

L'intérêt est de savoir, au bout de combien de temps s'est faite la contagion.

M. Ferras. J'insiste sur l'évolution de la syphilis anormale. Il est convenu que les accidents secondaires sont contagieux, mais, chez les vieux syphilitiques, on croit moins à la contagion de plaques transformées par le tabac ou l'alcool. J'ai vu un cas de contagion très net dans ces circonstances.

M. Augagneur. La syphilis, même bénigne, avec des accidents, même bénins, donne la contagion. Il faut déterminer dans ces cas s'il s'agit de syphilis prolongées ou latentes. Doit-on considérer comme guéri un malade qui reste longtemps sans accidents? Il faut aussi laisser de côté les leucoplasies buccales qui ne sont pas contagieuses.

Il faut connaître exactement la nature des accidents, s'ils ont été prolongés ou ils revenaient après un certain temps.

M. Barthélemy. Mes cas sont des cas de syphilis incessantes, prolongées. Mon troisième cas est plus intéressant, c'est un malade soigné par M. Fournier; il est resté quatre ans sans présenter d'accidents. Il s'est marié ; un an après, sa femme avait un chancre labial et lui avait des fissures linguales et des syphilides papulo-squameuses scrotales.

M. Leredde. J'ai vu un malade ayant eu un chancre et de la roséole. Quatre ans seulement après, il eut des plaques muqueuses.

M. Feulard. Il faudrait savoir ce qu'a eu le donneur, mais c'est bien difficile. L'accident est quelquefois bien peu de chose. Les confrontations sont difficiles. Il faut toujours éliminer la possibilité de contagion extra-conjugale.

M. Mauriac. Cette question est des plus embarrassantes et des plus intéressantes. Il est souvent difficile de diagnostiquer sûrement la nature de l'accident.

Doit-on proscrire le mariage? Or ces accidents peuvent se prolonger pendant des années et être contagieux. Les lésions les plus insignifiantes pouvant être contagieuses, les malades peuvent avoir été traités avec soin, cela n'empêche pas les accidents qui existent d'être contagieux.

Nous ne pouvons pas dire, en voyant un accident, s'il sera ou non contagieux.

M. Feulard. Je voudrais avoir l'opinion de la Société sur un malade qui présente des tuméfactions nodulaires sur la langue, en particulier, sur les bords, tuméfaction que je crois être des lymphangiomes tuberculeux.

M. Leredde. Dans les cas de varices lymphatiques, l'aspect de la langue est différent, mais il y a également des ganglions cervicaux.

Trois cents cas de gale traités par le baume du Pérou. — MM. Jullien et Descouleurs. Cette note est basée sur dix-huit années d'expérience, tant en ville, qu'à l'hôpital par l'un de nous, et l'étude attentive des cas observés depuis cinq années à Saint-Lazare ; 150 sont consignés sur nos registres ; un nombre à peu près égal ne l'a pas été, mais les résultats sont bien connus, si bien, qu'en évaluant leur nombre à 300, nous sommes certainement au-dessous de la vérité. Tous ces cas ont été systématiquement traités par le baume du Pérou, conformément à la méthode recommandée par Petters (de Prague), Burchardt, Nothnagel et Rossbach et Tanturri (de Naples), et nous désirons faire connaître les avantages de ce médicament.

Le baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que, placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester seize heures sans mourir, que dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore, pour la plupart au bout d'une heure. Descouleurs, ayant placé 6 acares au contact du baume, put constater qu'après dix minutes deux étaient morts; trois autres mouraient au bout de vingt minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burchardt les avait vus mourir entre vingt et trente minutes, et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la *cinnaméine*, l'huile volatile qui, d'après Frémy, est la partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un *cinnamate benzilique*, tue le sarcopte par asphyxie à distance en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à sept jours dans l'eau à 30 degrés (Hébra), et que Descouleurs l'a vu survivre plus de trois heures et demie à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples. Pas de lotion savonneuse préalable. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent, par sa volatilité, pénètre facilement dans les sillons, sans qu'il soit nécessaire de les déchirer; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté, Jullien fait enduire ses malades le soir, et le bain est donné le lendemain; les malades restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable d'effluves rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation.

Employé systématiquement depuis cinq ans dans le service dont nous parlons, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et anciennes qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impétigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, chez les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période mensuelle et tous sujets auxquels les bains, pour une raison quelconque, sont interdits; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat, chez lesquels la frotte est inévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'un prix très modéré, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement apprécié des malades de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication contre le baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

M. Feulard. Le baume du Pérou est employé depuis longtemps dans le traitement de la gale. Je m'en sers sous forme de pommade à l'hôpital des Enfants.

M. Jullien. Je n'ai pas présenté le traitement comme nouveau.

M. Morel-Lavallée. Est-il douloureux?

M. Jullien. Non. C'est, en outre, un procédé très commode.

M. Feulard. Le baume du Pérou agit très bien dans l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, dans l'impétigo.

MM. Hallopeau et Prieur présentent un cas de **leucémie avec prurigo chronique.** Le malade a des adénites énormes, surtout dans la région cervicale.

M. Darier. Dans le service de M. Besnier, il y a un malade qui a de la splénomégalie primitive et un prurigo que M. Besnier appelle **prurigo biopsiant**, tellement le grattage est intense et excorie la peau.

J'avais cherché dans la littérature des cas analogues, je n'ai rien trouvé.

M. Morel Lavallée, au cours d'une série d'injections de calomel, faites pour une syphilide papulo-tuberculeuse plantaire, vit survenir chez son malade, **syphilitique depuis plus de dix ans, une glossite desquamative en aires,** revêtant l'aspect typique de **plaques muqueuses.** C'étaient des taches ovales carminées, lisses, à grand axe antéro-postérieur, à la surface desquelles le gazon papillaire était absolument rasé, et sans rebord saillant ou coloré. Ces plaques blanchissaient par le nitrate d'argent, ce n'était donc pas de la glossite sclérense.

Le malade raconta alors que, depuis qu'il avait été contaminé et s'était soigné, il avait souvent remarqué sur sa langue de semblables lésions, qui avaient évolué et guéri seules en deux ou trois semaines.

M. Morel-Lavallée, qui a déjà, en 1893, signalé une glossite toute pareille due à l'antipyrine, se rappelant d'ailleurs l'herpès lingual récidivant attribué par le professeur Fournier au traitement mercuriel, rejette ici l'hypothèse de plaques muqueuses, d'accidents secondaires tardifs d'ordre contagieux, et regarde comme vraisemblable l'idée d'une desquamation de la langue sous l'influence du traitement par les injections de calomel.

Syphilis tertiaire. Syphilides tuberculo-squameuses. Pseudo-rhumatismes infectieux. Cachexie aiguë. Mort rapide. Autopsie. Endocardite mitrale végétante ancienne. Sclérose hépatique embryonnaire sans néo-canalicules. Pseudo-syphilomes rénal et splénique. Apoplexie en foyer simulant des infarctus sans présence d'embolies. — MM. A. Fournier et P. Gastou. Les pièces présentées à la Société proviennent d'un malade ayant contracté la syphilis en 1887. Ce malade, venu dans le service pour des syphilides tuberculo-squameuses disséminées, fit sous nos yeux un pseudo-rhumatisme infectieux, qui se localisa surtout au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Malgré le traitement spécifique (iodure et calomel en injections), le malade présenta des accidents pulmonaires, sans signes cardiaques et mourut en trois semaines de cachexie.

A l'autopsie, les cavités pleurales et péritonéales furent trouvées remplies d'un épanchement séreux moyen. Le bord de la valve droite de la mitrale était garni d'un bouquet de végétations dures et non friables. Le rein droit et la rate présentaient près de leur surface : le rein, une lésion limitée, quadrangulaire ayant l'aspect, sans avoir complètement la forme d'un infarctus; la rate, une lésion d'aspect grisâtre à bords irréguliers et occupant, non seulement une partie de la surface, mais se propageant en formes linéaires et sinueuses dans la partie profonde.

Histologiquement, les végétations étaient formées d'un tissu fibrineux et réticulé, contenant des lacunes vasculaires remplies par des globules rouges, des leucocytes, des microcoques et bâtonnets indéterminés; le foie présentait les altérations d'une sclérose embryonnaire trabéculaire sans néo-canalicules. Les lésions de la rate et du rein montraient une véritable inondation sanguine, dissociant et comprimant les éléments de l'organe. Les auteurs discutent la possibilité d'une endocardite infectieuse de nature syphilitique, cause de l'évolution clinique et de la mort.

M. Mauriac. Il est, en effet, bien difficile de dire qu'elle a été au juste la nature de ce rhumatisme. La syphilis peut l'avoir provoqué. Le microbe de la syphilis étant inconnu, il est difficile de trancher la question.

P. Gastou.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

L'**acanthosis nigricans** est une affection fort peu connue et on n'en a observé encore que quelques cas. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de rapporter ici le cas communiqué par **M Tchernogouboff** à la *Société de vénérologie et de dermatologie de Moscou.*

Il s'agit, dans le cas observé par l'auteur, d'une femme de soixante ans; elle a toujours été bien portante. Depuis huit-dix mois, elle s'est aperçue de la présence de taches foncées sur plusieurs points de son corps. Après avoir été traitée sans succès dans son pays, elle vint à Moscou, consulter le professeur Pospeloff. A l'examen de la malade, on constatait la présence de très nombreuses taches d'un brun foncé, avec, parfois, un reflet bleuâtre, disséminées sur tout le corps. En examinant ces régions pigmentées de plus près, on voyait qu'à leur niveau la peau était rugueuse et couverte d'un grand nombre de petites végétations verruqueuses, toutes d'un volume égal, souples, très serrées et donnant au toucher la sensation du velours. A la paume des mains, les papilles sont hypertrophiées et très rugueuses, la peau est de couleur sale. La muqueuse des lèvres est également couverte de petites nodosités, dont le nombre et le volume diminuent, à mesure qu'on s'éloigne de la région muco-cutanée.

L'examen biopsique démontra qu'il existait un épaississement et une infiltration de l'épiderme; les couches inférieures du corps de Malpighi étaient infiltrées d'un pigment brun foncé; les papilles, très développées, de formes variées et légèrement ramifiées. Il n'y avait pas de lésions inflammatoires. En raison de la prédominance des lésions papillaires, le professeur Pospeloff a proposé de remplacer le terme « acanthosis nigricans » par celui de « papillomatosis nigricans ».

M. A. Zabolotzky a présenté, à la même Société, une jeune fille de vingt ans, atteinte d'une affection de nature inconnue. La malade a eu, dans son enfance, la rougeole, la coqueluche, et une scarlatine avec néphrite. Pas d'affections cutanées dans la famille. La maladie actuelle remonte à trois ans et demi; elle a débuté par une éruption aux genoux, puis aux coudes, aux oreilles et aux paumes des mains; depuis un an, la face dorsale des mains et des pieds est envahie.

A l'examen, on constate que la peau du dos, celle des mains, des pieds et des avant-bras est œdématiée et couverte d'une éruption prurigineuse disséminée, au milieu de laquelle on voit de nombreuses cicatrices blanches ou pigmentées; celles-ci existent aussi aux coudes et aux genoux; aux paumes des mains, aux épaules et aux oreilles, il n'y a que des cicatrices blanches. L'éruption est formée par des nodules de dimensions variables (d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, de couleur jaunâtre, brunâtre ou rougeâtre. Il n'y a pas de poils au centre des nodules qui laissent suinter à la pression un peu de liquide aqueux. La marche de l'éruption est la suivante : on voit apparaître d'abord un nodule blanchâtre, ferme, très petit, prurigineux; le lendemain, ce nodule augmente de volume et devient rosé; à son sommet il se produit une légère excavation; après quoi le prurit diminue, le nodule et l'excavation augmentent, la peau voisine se tuméfie et prend une teinte rouge foncé. La rougeur et le gonflement augmentent, en même temps que les dimensions du nodule; vers le quinzième jour, le sommet du nodule se déprime notablement; on observe très rarement la formation d'une pustule au centre. Vers la troisième semaine, tous les phénomènes regressent, les téguments périnodulaires prennent une coloration jauve fauve, le nodule est complètement excorié et recouvert d'une squame (ou d'une croûte, s'il y avait une pustule). La squame tombe et il reste une cicatrice déprimée, pigmentée qui, avec le temps, devient blanche. Les nodules récents présentent, à l'examen biopsique, un aspect qui se rapproche de celui d'une pustule variolique.

L'urine était légèrement albumineuse.

Le rapporteur n'a pu reconnaître de quelle affection il s'agissait ici.

M. S. Krakht présente une malade atteinte d'une affection tout à fait analogue à la précédente.

Le professeur **Pospeloff** a observé trois cas semblables, dans un desquels l'éruption s'était aussi manifestée au niveau de l'iris et de la cornée. Au premier abord, l'exanthème faisait penser à des syphilides postuleuses; mais l'absence d'adénites et de lésions muqueuses, la longue durée de la maladie, l'inefficacité du traitement spécifique firent renoncer à cette hypothèse. Il ne s'agissait pas d'un cas d'acnée, attendu que les paumes des mains étaient touchées par l'éruption; ni d'un hydradénome, puisque la cornée et l'iris sont dépourvues de glandes; ni d'un lichen plan puisqu'il existait des pustules et des cicatrices ombiliquées.

Chez deux de ces malades, l'éruption s'était montrée à la *suite d'une revaccination*; mais cette étiologie ne se rencontre pas toujours. *D'après les lésions microscopiques, on peut dire que l'affection ressemble beaucoup à la variole*; elle se rapproche aussi de l'affection décrite par Schweninger et Buzzi, dans *l'atlas international des affections de la peau.*

Le professeur **Flatoff** a fait à la *Société des médecins d'enfants de Moscou* une communication sur les **érythèmes infantiles.** D'après Flatoff, les érythèmes peuvent se produire chez les enfants, sous l'influence des causes les plus diverses; ces causes peuvent être divisées en deux grandes catégories : 1° causes externes (sudation, irritation de la peau par des pommades); 2° causes internes (médicaments, idiosyncrasie par rapport à de certaines substances digestives, différents troubles du canal intestinal).

D'autre part, l'érythème résulte, dans un certain nombre de cas, de la pénétration, dans l'économie, d'un virus spécial, encore inconnu; on a alors affaire à ce qu'on appelle des rash. Le diagnostic de cette dernière éruption ne présente pas de difficultés, dans la grande majorité des cas. Il est, au contraire, très difficile, même impossible, de distinguer le rash scarlatiniforme simple de l'éruption scarlatineuse vraie.

A la *Société des médecins de Kiew* **Koutrebinsky** a montré un garçon de huit ans atteint de **rétrécissement intestinal.** Dans les antécédents personnels de cet enfant, on trouve la scrofulose et le rachitisme, dont il conserve encore des traces. Au mois d'Avril il lui arriva un accident assez grave : un fou le précipita par la fenêtre. A partir du mois de Juin jusqu'au mois de Septembre, l'enfant avait continuellement la diarrhée : le nombre des selles était de trois à cinq par jour; de temps en temps, il survenait aussi des vomissements. Une semaine avant son entrée à l'hôpital, le petit malade fut pris de vomissements violents. A l'examen, on constate, la présence d'un symptôme important : le ballonnement du ventre et le gonflement des anses intestinales séparées qui se dessinent très nettement toutes les 5-11 minutes. Le plus souvent, ce sont deux ou trois anses intestinales qui bombent dans la région iliaque droite. A la palpation, on sent de la crépitation comme s'il s'agissait d'un emphysème sous-cutané. A la percussion, on obtient partout de la sonorité, sauf dans la région iliaque où se trouve la portion rétrécie de l'intestin, où il y a un certain degré de matité. On eut recours pour éclairer le diagnostic au procédé de Rœntgen, mais il ne donna aucun résultat. Koutrebinsky conclut, en se basant sur les phénomènes cliniques, que le petit garçon était atteint d'un rétrécissement de l'intestin; ce rétrécissement siégeait probablement à la limite du côlon descendant et du cæcum. Quant à la cause, ce serait un ulcère tuberculeux. Koutrebinsky se propose de l'opérer.

A la même Société **Bichovsky** a parlé de la **céphalée symphatique en rapport avec les affections génitales chez la femme.** On sait que, chez la femme, toute une série de troubles nerveux se trouvent en rapport plus ou moins direct avec une affection quelconque des organes génitaux. Il en est de même de la céphalée. Bien des femmes malades atteintes d'une céphalée atroce passent d'un médecin à l'autre, absorbent quantité de médicaments sans que leur céphalée soit améliorée en quoi que ce soit, tandis qu'il suffit de diriger le traitement vers le point de départ, c'est-à-dire vers la maladie génitale pour obtenir la guérison complète de cette céphalée qui était jusque-là si rebelle. A l'appui de cette assertion, Bichovsky cite trois cas personnels. Dans tous les trois cas, la céphalée avait duré plus de deux ans et résisté à toute espèce de traitements. Chez toutes ces malades, on a constaté des affections des ovaires et des trompes. Le traitement électrique a débarrassé les malades en quelques séances de leur céphalée, bien que l'affection génitale ne fût pas complètement guérie.

Kostetzky fait remarquer que chez les femmes atteintes d'une affection génitale, la céphalée peut être d'origine très diverse et qu'elle est très rarement réflexe.

Pebrofsky dit qu'on ne peut pas, dans les cas cités par Bichovsky, mettre en rapport la céphalée avec l'affection génitale, étant donné que l'électrisation n'a amené que la guérison de la céphalée et non pas celle de l'affection génitale.

Woskressensky fait remarquer que, d'après ses observations personnelles, la céphalée est surtout intense et rebelle chez les femmes atteintes de salpingite.

Notons enfin, à la même Société, la communication de Basilewitsch sur la syphilis extra-génitale. Il cite le cas suivant :

Un officier de quarante-cinq ans, en se faisant la barbe se coupe le menton; quelques jours après, assistant à un dîner de camarades, il embrasse un syphilitique avéré. Quelque temps après, il se fait faire la barbe chez un coiffeur plutôt malpropre. La coupure ne se cicatrise pas, elle prend de plus en plus l'aspect d'un chancre induré.

Quelque temps après, la plaie finit par se cicatriser, mais il apparaît sur le corps une éruption accompagnée de fièvre intense, et bientôt de maux de tête. Au moment où Basilewitsch le voit pour la première fois, le malade présente les phénomènes suivants : roséole papulo-pustuleuse, psoriasis syphilitique, papules dans l'arrière-gorge, adénites généralisées non douloureuse, épaississement du périoste sur le tibia. Il est donc incontestable que cet officier est atteint de syphilis déjà ancienne; Basilewitsch croit que le malade a été infecté chez le coiffeur, mais, d'autre part, la contagion a pu résulter de l'accolade qu'il avait donnée à son camarade syphilitique. Il conclut en faisant très justement remarquer qu'il est de toute nécessité de prendre les mesures les plus rigoureuses pour l'inspection des coiffeurs, qui, presque toujours, n'ont recours à aucune désinfection, et même quelquefois ne brillent pas par la propreté la plus élémentaire.

Neïlof se demande si on ne peut pas être infecté par un cadavre; il observe actuellement un syphilitique qui se serait infecté de cette façon.

BIBLIOGRAPHIE

G. Sarda. — *Cours de pathologie générale (doctrines traditionnelles et science médicale contemporaine)*, 1 vol. in-8°, de 280 pages. Prix : 6 fr. (Georges Masson, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethieux, 1, rue Cassette

Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut être néoplasie initiale. — H. Hallopeau. Ce malade présente une érythrodermie généralisée avec desquamation furfuracée, prurit incessant et violent, adénopathies volumineuses, épaississement de la peau, production d'une couche cornée épaisse sur les paumes des mains et les plantes des pieds; on remarque, en outre, un grand nombre de nodosités; une d'elle rappelle par son aspect des lésions que, dans trois autres cas de la même maladie, il a considérées comme pouvant être l'accident primitif; le mycosis aurait ainsi son accident initial comme la syphilis, la tuberculose inoculée, la lèpre et le charbon.

Sur un mycosis fongoïde avec poussées bulleuses. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Les conclusions de ce travail sont résumées ainsi qu'il suit : l'inoculation intrapéritonéale du pus mycosique peut donner lieu, chez le cobaye, à une vaginalite aiguë qui se termine par résolution après avoir simulé celle du farcin; on peut observer, concurremment et d'une manière persistante dans le cours d'un mycosis, des altérations superficielles remarquablement bénignes à côté des plus graves lésions ulcéreuses et végétantes; l'éruption mycosique peut être bulleuse: les bulles peuvent se produire isolément ou au centre d'une papule, ou représenter un soulèvement pemphigoïde autour de surfaces ulcérées dont elles constituent alors la zone de propagation.

Communications sur la dysphagie de la période secondaire de la syphilis. — M. Augagneur. La dysphagie se manifeste chez les syphilitiques d'une façon irrégulière, tantôt avec des lésions pharyngées telles que les plaques muqueuses, tantôt sans lésions pharyngées.

J'ai les observations de 69 sujets. J'ai trouvé la dysphagie décrite telle que la signalent les auteurs, c'est-à-dire avec ou sans lésions.

Généralement, la dysphagie est peu marquée. Si on examine au miroir laryngoscopique, on voit une tuméfaction de la partie postérieure de la langue qui varie d'un cas à l'autre. Cette tuméfaction est tantôt du volume d'une amande, mamelonnée, rouge livide, tantôt simplement avec des raghades et un enduit pultacé.

La douleur existe à la déglutition au niveau de l'os hyoïde et du plancher de la bouche. En effet, anatomiquement, cette douleur répond au siège de l'amygdale linguale, de l'anneau lymphatique de Waldeyer. C'est donc la tuméfaction de l'amygdale linguale qui donne la douleur. Le muscle lingual est relié à ces amas lymphatiques et les comprime dans la déglutition; il y a, en outre, compression par le bol alimentaire. Ces amas sont en outre étranglés par les tissus voisins.

Il s'agit d'une inflammation lymphatique. Y-a-t-il coïncidence entre l'adénopathie et la dysphagie ? La présence de cette adénopathie indique une défense plus énergique contre l'infection. Chez les jeunes ces adénopathies sont plus intenses. C'est précisément pour cette raison que, chez eux, l'on rencontre la dysphagie la plus intense, car alors tout le système lymphatique est engorgé.

M. Renaut. La dysphagie est moins fréquente que M. Augagneur le dit. Les malades dysphagiques ont tout pris : langue, voile du palais, follicules clos. La douleur ne tient-elle pas à ce fait?

M. Jullien. M. Augagneur, avec raison, appelle l'attention sur la région de l'arrière-langue, négligée parmi nous.

Lewin dit que la syphilis manifeste son action dans cette région, même aux périodes tardives de la syphilis.

Dans cette partie, Lewin signale un état très caractéristique de l'atrophie des éléments lymphatiques. J'ai cherché à retrouver ces lésions, je n'ai rien vu de net, mais il faut maintenant examiner avec soin cette région.

M. Leredde. Y-a-t-il un rapport entre l'état des ganglions et celui de la rate ?

M. Bartholomy. Il y a, chez certaines malades, des hypertrophies amygdaliennes secondaires, sans plaques muqueuses. Quoique cette hypertrophie soit très marquée, les syphilis qu'elles accompagnent, ne sont pas ultérieurement plus graves que les autres. Une ou deux injections de calomel font disparaître l'hypertrophie.

M. Augagneur. Je n'ai pas de renseignements sur le volume de la rate. A Lourcine, dit-on, la dysphagie est moins fréquente. En effet, chez les femmes, elle est moins fréquente. Pourquoi? On a dit que l'homme fume et boit; ce n'est pas une raison. Il faut rattacher cette absence de dysphagie à ce que, chez la femme, les adénopathies sont moins fréquentes que chez l'homme. Je n'ai du reste vu que des hommes. Il faut chercher la dysphagie, pour la trouver et demander aux malades s'ils souffrent.

La véritable cause de la dysphagie ne semble pas être toujours une lésion exulcéreuse.

M. Ferras. Y avait-il des accidents du côté du larynx. Des filets laryngés peuvent être atteints, et, lésés, provoquer de la douleur.

M. Augagneur. J'avais l'intention d'intituler ma communication **dysphagies et dysphonies secondaires.** J'ai examiné le larynx. Je n'ai jamais vu de plaques muqueuses du larynx. La dysphagie coïncide souvent avec la dysphonie.

M. Barthélemy Je demanderai à M. Augagneur s'il a vu, chez les sujets dont il parle, une syphilis plus bénigne.

M. Augagneur. La réaction ganglionnaire intense me semble un bon signe pour augurer d'une syphilis bénigne.

M. Renaut. La dysphagie moindre des femmes est due à l'anesthésie pharyngée qui est très fréquente chez elles, même sans hystérie.

M. Balzer. Il s'agit d'un garçon de trois ans et demi ayant des stigmates de syphilis héréditaire, et soumis au traitement préventif, qui fut suivi pendant les mois de Décembre et Janvier.

Je fus appelé pour voir, chez cet enfant, une éruption ecthymatoïde. Mais, il avait, en outre, une plaque gangreneuse du voile du palais. Je lui prescrivis de l'iodure de potassium. Le 6 Mars, le charbon disparut, le travail de cicatrisation se faisait. La malade avait duré quarante-deux jours. La cause de cette gangrène me semble devoir être due à une artérite syphilitique de l'artère palatine postérieure. Il a dû sa guérison à l'iodure de potassium à hautes doses, que les enfants supportent fort bien.

M. Barthélemy. Pourquoi faut-il penser à l'artérite. Il y a des microbes qui causent la gangrène Nous avons vu des cas de gommes gangreneuses, sans qu'il y ait eu artérite.

M. Balzer. Il faut qu'il y ait, en dehors des microbes, une altération du terrain, principalement une altération consécutive à une lésion artérielle. C'est pour cela que j'admets l'artérite comparable, à l'artérite syphilitique qui cause l'hémorrhagie cérébrale.

M. Augagneur. J'ai fait faire une thèse sur la nécrose du maxillaire inférieur dans la syphilis héréditaire. Je ne sais, dans les cas dont je parle, s'il y avait eu altération antérieure.

M. Hallopeau. L'intensité en elle-même de la syphilis peut, je crois, provoquer la gangrène en masse.

M. Jullien. Le cas de M. Balzer est heureusement rare. Les faits de M. Augagneur viennent à l'appui de ce que j'ai dit, que le maxillaire inférieur n'est pas à l'abri des lésions syphilitiques. Gosselin prétendait que le maxillaire n'était jamais pris. Pour ce qui est de la pathogénie des gangrènes, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait des microbes. Il ne faut pas confondre la gangrène et l'escharre.

M. Hallopeau C'est une question de pathologie générale : pour la gangrène, il faut qu'il y ait microbes. La mortification précède la gangrène.

M. Mauriac. Ici l'issue a été favorable; il n'en est pas toujours ainsi dans des cas analogues.

Sur la durée anormalement longue de la contagion dans les cas bénins de la syphilis. — M. Barthélemy. M. Fournier me faisait remarquer et moi-même avons vu depuis longtemps la durée anormalement prolongée des accidents secondaires, et par conséquent, de la contagiosité de la syphilis. Ce qu'il y a lieu de noter, dans ces cas, c'est la bénignité et la superficialité des lésions qui sont bien tolérées par l'organisme. Il n'y a aucun facteur de gravité; j'ai trouvé sur 531 cas, 20 cas de syphilides érosives secondaires éminemment contagieuses. La syphilis, chez ces malades, datait de quatre à vingt ans. Chez tous, la récidive s'explique par l'absence de traitement. Le danger social n'en est que plus considérable. J'ai vu des cas de contagion par ces syphilides et j'ai été frappé de la bénignité des syphilis ainsi contractées. Les lésions qui ont contaminé ont-elles donc subi une atténuation du fait du temps?

M. Feulard. La question est intéressante; elle a été mise à l'ordre du jour du Congrès de Londres. Le meilleur moyen est de rechercher la contagion conjugale, surtout chez les malades qui se sont mariés après avoir consulté leur médecin.

M. Barthélemy. S'agit-il dans ces cas de contagion, de syphilis bénignes?

M. Feulard. Oui, si on entend bénin dans le sens de bénignité des accidents secondaires. Un de mes malades n'avait presque rien eu comme accidents cutanés ou muqueux, mais il fait de la paralysie générale.

Quant à sa femme, elle a fait de la syphilis assez sérieuse.

Pour l'autre cas, la syphilis a été grave.

L'intérêt est de savoir, au bout de combien de temps s'est faite la contagion.

M. Ferras. J'insiste sur l'évolution de la syphilis anormale. Il est convenu que les accidents secondaires sont contagieux, mais, chez les vieux syphilitiques, on croit moins à la contagion de plaques transformées par le tabac ou l'alcool. J'ai vu un cas de contagion très net dans ces circonstances.

M. Augagneur La syphilis, même bénigne, avec des accidents, même bénins, donne la contagion. Il faut déterminer dans ces cas s'il s'agit de syphilis prolongées ou latentes. Doit-on considérer comme guéri un malade qui reste longtemps sans accidents? Il faut aussi laisser de côté les leucoplasies buccales qui ne sont pas contagieuses.

Il faut connaître exactement la nature des accidents, s'ils ont été prolongés ou ils revenaient après un certain temps.

M. Barthélemy. Mes cas sont des cas de syphilis incessantes, prolongées. Mon troisième cas est plus interessant, c'est un malade soigné par M. Fournier; il est resté quatre ans sans présenter d'accidents. Il s'est marié; un an après, sa femme avait un chancre labial et lui avait des fissures linguales et des syphilides papulo-squameuses scrotales.

M. Leredde. J'ai vu un malade ayant eu un chancre et de la roséole. Quatre ans seulement après, il eut des plaques muqueuses.

M. Feulard. Il faudrait savoir ce qu'a eu le donneur, mais c'est bien difficile. L'accident est quelquefois bien peu de chose. Les confrontations sont difficiles. Il faut toujours éliminer la possibilité de contagion extra-conjugale.

M. Mauriac. Cette question est des plus embarrassantes et des plus intéressantes. Il est souvent difficile de diagnostiquer sûrement la nature de l'accident.

Doit-on proscrire le mariage? Or ces accidents peuvent se prolonger pendant des années et être contagieux. Les lésions les plus insignifiantes pouvant être contagieuses, les malades peuvent avoir été traités avec soin, cela n'empêche pas les accidents qui existent d'être contagieux.

Nous ne pouvons pas dire, en voyant un accident, s'il sera ou non contagieux.

M. Feulard. Je voudrais avoir l'opinion de la Société sur un malade qui présente des tuméfactions nodulaires sur la langue, en particulier, sur les bords, tuméfaction que je crois être des lymphangiomes tuberculeux.

M. Leredde. Dans les cas de varices lymphatiques, l'aspect de la langue est différent, mais il y a également des ganglions cervicaux.

Trois cents cas de gale traités par le baume du Pérou. — MM. Jullien et Descouleurs. Cette note est basée sur dix-huit années d'expérience, tant en ville, qu'à l'hôpital par l'un de nous, et l'étude attentive des cas observés depuis cinq années à Saint-Lazare; 150 sont consignés sur nos registres; un nombre à peu près égal ne l'a pas été, mais les résultats sont bien connus, si bien, qu'en évaluant leur nombre à 300, nous sommes certainement au-dessous de la vérité. Tous ces cas ont été systématiquement traités par le baume du Pérou, conformément à la méthode recommandée par Petters (de Prague), Burchardt, Nothnagel et Rossbach et Tanturri (de Naples), et nous désirons faire connaître les avantages de ce médicament.

Le baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que, placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester seize heures sans mourir, que dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore, pour la plupart au bout d'une heure. Descouleurs, ayant placé 6 acares au contact du baume, put constater qu'après dix minutes deux étaient morts; trois autres mouraient au bout de vingt minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burchardt les avait vus mourir entre vingt et trente minutes, et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la *cinnaméine*, l'huile volatile qui, d'après Frémy, est la partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un *cinnamate benzilique*, tue le sarcopte par asphyxie à distance en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à sept jours dans l'eau à 30 degrés (Hébra), et que Descouleurs l'a vu survivre plus de trois heures et demie à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples. Pas de lotion savonneuse préalable. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent, par sa volatilité, pénètre facilement dans les sillons, sans qu'il soit nécessaire de les déchirer; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté, Jullien fait enduire ses malades le soir, et le bain est donné le lendemain; les malades restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable d'effluves rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation.

Employé systématiquement depuis cinq ans dans le service dont nous parlons, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et anciennes qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impétigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, chez les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période mensuelle et tous sujets auxquels les bains, pour une raison quelconque, sont interdits; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat, chez lesquels la frotte est inévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'un prix très modéré, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement apprécié des malades de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication contre le baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

M. Feulard. Le baume du Pérou est employé depuis longtemps dans le traitement de la gale. Je m'en sers sous forme de pommade à l'hôpital des Enfants.

M. Jullien. Je n'ai pas présenté le traitement comme nouveau.

M. Morel-Lavallée. Est-il douloureux?

M. Jullien. Non. C'est, en outre, un procédé très commode.

M. Feulard. Le baume du Pérou agit très bien dans l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, dans l'impétigo.

MM. Hallopeau et Prieur présentent un cas de **leucémie avec prurigo chronique.** Le malade a des adénites énormes, surtout dans la région cervicale.

M. Darier. Dans le service de M. Besnier, il y a un malade qui a de la splénomégalie primitive et un prurigo que M. Besnier appelle **prurigo biopsiant**, tellement le grattage est intense et excorie la peau.

J'avais cherché dans la littérature des cas analogues, je n'ai rien trouvé.

M. Morel Lavallée, au cours d'une série d'injections de calomel, faites pour une syphilide papulo-tuberculeuse plantaire, vit survenir chez son malade, **syphilitique depuis plus de dix ans, une glossite desquamative en aires,** revêtant l'aspect typique de **plaques muqueuses.** C'étaient des taches ovales carminées, lisses, à grand axe antéro-postérieur, à la surface desquelles le gazon papillaire était absolument rasé, et sans rebord saillant ou coloré. Ces plaques blanchissaient par le nitrate d'argent, ce n'était donc pas de la glossite scléreuse.

Le malade raconta alors que, depuis qu'il avait été contaminé et s'était soigné, il avait souvent remarqué sur sa langue de semblables lésions, qui avaient évolué et guéri seules en deux ou trois semaines.

M. Morel-Lavallée, qui a déjà, en 1893, signalé une glossite toute pareille due à l'antipyrine, se rappelant d'ailleurs l'herpès lingual récidivant attribué par le professeur Fournier au traitement mercuriel, rejette ici l'hypothèse de plaques muqueuses, d'accidents secondaires tardifs d'ordre contagieux, et regarde comme vraisemblable l'idée d'une desquamation de la langue sous l'influence du traitement par les injections de calomel.

Syphilis tertiaire. Syphilides tuberculo-squameuses. Pseudo-rhumatismes infectieux. Cachexie aiguë. Mort rapide. Autopsie. Endocardite mitrale végétante ancienne. Sclérose hépatique embryonnaire sans néo-canalicules. Pseudo-syphilomes rénal et splénique. Apoplexie en foyer simulant des infarctus sans présence d'embolies. — MM. A. Fournier et P. Gastou. Les pièces présentées à la Société proviennent d'un malade ayant contracté la syphilis en 1887. Ce malade, venu dans le service pour des syphilides tuberculo-squameuses disséminées, fit sous nos yeux un pseudo-rhumatisme infectieux, qui se localisa surtout au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Malgré le traitement spécifique (iodure et calomel en injections), le malade présenta des accidents pulmonaires, sans signes cardiaques et mourut en trois semaines de cachexie.

A l'autopsie, les cavités pleurales et péritonéales furent trouvées remplies d'un épanchement séreux moyen. Le bord de la valve droite de la mitrale était garni d'un bouquet de végétations dures et non friables. Le rein droit et la rate présentaient près de leur surface : le rein, une lésion limitée, quadrangulaire ayant l'aspect, sans avoir complètement la forme d'un infarctus; la rate, une lésion d'aspect grisâtre à bords irréguliers et occupant, non seulement une partie de la surface, mais se propageant en formes linéaires et sinueuses dans la partie profonde.

Histologiquement, les végétations étaient formées d'un tissu fibrineux et réticulé, contenant des lacunes vasculaires remplies par des globules rouges, des leucocytes, des microcoques et bâtonnets indéterminés; le foie présentait les altérations d'une sclérose embryonnaire trabéculaire sans néo-canalicules. Les lésions de la rate et du rein montraient une véritable inondation sanguine, dissociant et comprimant les éléments de l'organe. Les auteurs discutent la possibilité d'une endocardite infectieuse de nature syphilitique, cause de l'évolution clinique et de la mort.

M. Mauriac. Il est, en effet, bien difficile de dire qu'elle a été au juste la nature de ce rhumatisme. La syphilis peut l'avoir provoqué. Le microbe de la syphilis étant inconnu, il est difficile de trancher la question.

P. Gastou.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

L'**acanthosis nigricans** est une affection fort peu connue et on n'en a observé encore que quelques cas. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de rapporter ici le cas communiqué par **M. Tchernogouboff** à la *Société de vénérologie et de dermatologie de Moscou.*

Il s'agit, dans le cas observé par l'auteur, d'une femme de soixante ans; elle a toujours été bien portante. Depuis huit-dix mois, elle s'est aperçue de la présence de taches foncées sur plusieurs points de son corps. Après avoir été traitée sans succès dans son pays, elle vint à Moscou, consulter le professeur Pospeloff. A l'examen de la malade, on constatait la présence de très nombreuses taches d'un brun foncé, avec, parfois, un reflet bleuâtre, disséminées sur tout le corps. En examinant ces régions pigmentées de plus près, on voyait qu'à leur niveau la peau était rugueuse et couverte d'un grand nombre de petites végétations verruqueuses, toutes d'un volume égal, souples, très serrées et donnant au toucher la sensation du velours. A la paume des mains, les papilles sont hypertrophiées et très rugueuses, la peau est de couleur sale. La muqueuse des lèvres est également couverte de petites nodosités, dont le nombre et le volume diminuent, à mesure qu'on s'éloigne de la région muco-cutanée.

L'examen biopsique démontra qu'il existait un épaississement et une infiltration de l'épiderme; les couches inférieures du corps de Malpighi étaient infiltrées d'un pigment brun foncé; les papilles, très développées, de formes variées et légèrement ramifiées. Il n'y avait pas de lésions inflammatoires. En raison de la prédominance des lésions papillaires, le professeur Pospeloff a proposé de remplacer le terme « acanthosis nigricans » par celui de « papillomatosis nigricans ».

M. A. Zabolotzky a présenté, à la même Société, une jeune fille de vingt ans, atteinte d'une affection de nature inconnue. La malade a eu, dans son enfance, la rougeole, la coqueluche, et une scarlatine avec néphrite. Pas d'affections cutanées dans la famille. La maladie actuelle remonte à trois ans et demi; elle a débuté par une éruption aux genoux, puis aux coudes, aux oreilles et aux paumes des mains; depuis un an, la face dorsale des mains et des pieds est envahie.

A l'examen, on constate que la peau du dos, celle des mains, des pieds et des avant-bras est œdématiée et couverte d'une éruption prurigineuse disséminée, au milieu de laquelle on voit de nombreuses cicatrices blanches ou pigmentées; celles-ci existent aussi aux coudes et aux genoux; aux paumes des mains, aux épaules et aux oreilles, il n'y a que des cicatrices blanches. L'éruption est formée par des nodules de dimensions variables (d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, de couleur jaunâtre, brunâtre ou rougeâtre. Il n'y a pas de poils au centre des nodules qui laissent suinter à la pression un peu de liquide aqueux. La marche de l'éruption est la suivante : on voit apparaître d'abord un nodule blanchâtre, ferme, très petit, prurigineux; le lendemain, ce nodule augmente de volume et devient rosé; à son sommet il se produit une légère excavation; après quoi le prurit diminue, le nodule et l'excavation augmentent, la peau voisine se tuméfie et prend une teinte rouge foncé. La rougeur et le gonflement augmentent, en même temps que les dimensions du nodule; vers le quinzième jour, le sommet du nodule se déprime notablement; on observe très rarement la formation d'une pustule au centre. Vers la troisième semaine, tous les phénomènes regressent, les téguments périnodulaires prennent une coloration jaune fauve, le nodule est complètement excorié et recouvert d'une squame (ou d'une croûte, s'il y avait une pustule). La squame tombe et il reste une cicatrice déprimée, pigmentée qui, avec le temps, devient blanche. Les nodules récents présentent, à l'examen biopsique, un aspect qui se rapproche de celui d'une pustule variolique.

L'urine était légèrement albumineuse.

Le rapporteur n'a pu reconnaître de quelle affection il s'agissait ici.

M. S. Krakht présente une malade atteinte d'une affection tout à fait analogue à la précédente.

Le professeur **Pospeloff** a observé trois cas semblables, dans un desquels l'éruption s'était aussi manifestée au niveau de l'iris et de la cornée. Au premier abord, l'exanthème faisait penser à des syphilides pustuleuses; mais l'absence d'adénites et de lésions muqueuses, la longue durée de la maladie, l'inefficacité du traitement spécifique firent renoncer à cette hypothèse. Il ne s'agissait pas d'un cas d'acnée, attendu que les paumes des mains étaient touchées par l'éruption; ni d'un hydradénome, puisque la cornée et l'iris sont dépourvues de glandes; ni d'un lichen plan puisqu'il existait des pustules et des cicatrices ombiliquées.

Chez deux de ces malades, l'éruption s'était montrée à la *suite d'une revaccination*; mais cette étiologie ne se rencontre pas toujours. *D'après les lésions microscopiques, on peut dire que l'affection ressemble beaucoup à la variole*; elle se rapproche aussi de l'affection décrite par Schweninger et Buzzi, dans *l'atlas international des affections de la peau.*

Le professeur **Flatoff** a fait à la *Société des médecins d'enfants de Moscou* une communication sur les **érythèmes infantiles.** D'après Flatoff, les érythèmes peuvent se produire chez les enfants, sous l'influence des causes les plus diverses; ces causes peuvent être divisées en deux grandes catégories : 1° causes externes (sudation, irritation de la peau par des pommades); 2° causes internes (médicaments, idiosyncrasie par rapport à de certaines substances digestives, différents troubles du canal intestinal).

D'autre part, l'érythème résulte, dans un certain nombre de cas, de la pénétration, dans l'économie, d'un virus spécial, encore inconnu; on a alors affaire à ce qu'on appelle des rash. Le diagnostic de cette dernière éruption ne présente pas de difficultés, dans la grande majorité des cas. Il est, au contraire, très difficile, même impossible, de distinguer le rash scarlatiniforme simple de l'éruption scarlatineuse vraie.

A la *Société des médecins de Kiew* **Koutrebinsky** a montré un garçon de huit ans atteint de **rétrécissement intestinal.** Dans les antécédents personnels de cet enfant, on trouve la scrofulose et le rachitisme, dont il conserve encore des traces. Au mois d'Avril il lui arriva un accident assez grave : un fou le précipita par la fenêtre. A partir du mois de Juin jusqu'au mois de Septembre, l'enfant avait continuellement la diarrhée : le nombre des selles était de trois à cinq par jour; de temps en temps, il survenait aussi des vomissements. Une semaine avant son entrée à l'hôpital, le petit malade fut pris de vomissements violents. A l'examen, on constate, la présence d'un symptôme important : le ballonnement du ventre et le gonflement des anses intestinales séparées qui se dessinent très nettement toutes les 5-11 minutes. Le plus souvent, ce sont deux ou trois anses intestinales qui bombent dans la région iliaque droite. A la palpation, on sent de la crepitation comme s'il s'agissait d'un emphysème sous-cutané. A la percussion, on obtient partout de la sonorité, sauf dans la région iliaque où se trouve la portion rétrécie de l'intestin, où il y a un certain degré de matité. On eut recours pour éclairer le diagnostic au procédé de Rœntgen, mais il ne donna aucun résultat. Koutrebinsky conclut, en se basant sur les phénomènes cliniques, que le petit garçon était atteint d'un rétrécissement de l'intestin; ce rétrécissement siégeait probablement à la limite du côlon descendant et du cæcum. Quant à la cause, ce serait un ulcère tuberculeux. Koutrebinsky se propose de l'opérer.

A la même Société **Bichovsky** a parlé de la **céphalée symphatique en rapport avec les affections génitales chez la femme.** On sait que, chez la femme, toute une série de troubles nerveux se trouvent en rapport plus ou moins direct avec une affection quelconque des organes génitaux. Il en est de même de la céphalée. Bien des femmes malades atteintes d'une céphalée atroce passent d'un médecin à l'autre, absorbent quantité de médicaments sans que leur céphalée soit améliorée en quoi que ce soit, tandis qu'il suffit de diriger le traitement vers le point de départ, c'est-à-dire vers la maladie génitale pour obtenir la guérison complète de cette céphalée qui était jusque-là si rebelle. A l'appui de cette assertion, Bichovsky cite trois cas personnels. Dans tous les trois cas, la céphalée avait duré plus de deux ans et résisté à toute espèce de traitements. Chez toutes ces malades, on a constaté des affections des ovaires et des trompes. Le traitement électrique a débarrassé les malades en quelques séances de leur céphalée, bien que l'affection génitale ne fût pas complètement guérie.

Kosteitzky fait remarquer que chez les femmes atteintes d'une affection génitale, la céphalée peut être d'origine très diverse et qu'elle est très rarement réflexe.

Pebrofsky dit qu'on ne peut pas, dans les cas cités par Bichovsky, mettre en rapport la céphalée avec l'affection génitale, étant donné que l'électrisation n'a amené que la guérison de la céphalée et non pas celle de l'affection génitale.

Woskressensky fait remarquer que, d'après ses observations personnelles, la céphalée est surtout intense et rebelle chez les femmes atteintes de salpingite.

Notons enfin, à la même Société, la communication de Basilewitsch sur la syphilis extra-génitale. Il cite le cas suivant :

Un officier de quarante-cinq ans, en se faisant la barbe se coupe le menton; quelques jours après, assistant à un dîner de camarades, il embrasse un syphilitique avéré. Quelque temps après, il se fait faire la barbe chez un coiffeur plutôt malpropre. La coupure ne se cicatrise pas, elle prend de plus en plus l'aspect d'un chancre induré.

Quelque temps après, la plaie finit par se cicatriser, mais il apparaît sur le corps une éruption accompagnée de fièvre intense, et bientôt de maux de tête. Au moment où Basilewitsch le voit pour la première fois, le malade présente les phénomènes suivants : roséole papulo-pustuleuse, psoriasis syphilitique, papules dans l'arrière-gorge, adénites généralisées non douloureuse, épaississement du périoste sur le tibia. Il est donc incontestable que cet officier est atteint de syphilis déjà ancienne; Basilewitsch croit que le malade a été infecté chez le coiffeur, mais, d'autre part, la contagion a pu résulter de l'accolade qu'il avait donnée à son camarade syphilitique. Il conclut en faisant très justement remarquer qu'il est de toute nécessité de prendre les mesures les plus rigoureuses pour l'inspection des coiffeurs, qui, presque toujours, n'ont recours à aucune désinfection, et même quelquefois ne brillent pas par la propreté la plus élémentaire.

Neïlof se demande si on ne peut pas être infecté par un cadavre; il observe actuellement un syphilitique qui se serait infecté de cette façon.

BIBLIOGRAPHIE

G. Sarda. — *Cours de pathologie générale (doctrines traditionnelles et science médicale contemporaine)*, 1 vol. in-8°, de 280 pages. Prix : 6 fr. (Georges Masson, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethieux, 1, rue Cassette

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 30, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE THUYA WUHRLIN

Observations cliniques par les Dr Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE
STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une diurèse rapide relèvent le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] S[t]-Martin.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans : NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, *Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HT

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la TUBERCULOSE.

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE

LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.